

DOCUMENTO TÉCNICO: CASAS DE ESPERA MATERNA, MODELO PARA LA IMPLEMENTACIÓN



Indice

CAPITULO 1: CONSIDERACIONES GENERALES

- 1.1. Finalidad
- 1.2. Objetivo
- 1.3. Ámbito de aplicación
- 1.4. Antecedentes
- 1.5. Articulación al Modelo de Abordaje de Promoción de la Salud
- 1.6. Enfoques para la implementación de las Casa de Espera
- 1.7. Conceptos básicos

CAPITULO 2: ASPECTOS ESPECIFICOS DE LA CASA DE ESPERA MATERNA

- 2.1. Beneficiarios de la Casa de Espera Materna
- 2.2. Donde instalar una Casa de Espera Materna
- 2.3. Ventajas y desventajas en la implementación de una Casa de Espera Materna
- 2.4. Modelo de Gestión Comunal
- 2.5. Comité de Gestión
 - 2.5.1. Responsabilidades de los principales actores sociales involucrados

CAPITULO 3: PROCESO DE IMPLEMENTACION

Fase I: Sensibilización de aliados

- Paso 1: Primer aliado: el propio equipo de salud
- Paso 2: Involucramiento de otros posibles aliados
- Paso 3: Talleres de sensibilización con Actores Sociales
- Paso 4: Designación del Comité de Gestión de la Casa de Espera Comunal

Fase II: Planificación y gestión del proyecto Casa de Espera

- Paso 1: Análisis del contexto local
- Paso 2: Elaboración del proyecto Casa de Espera
- Paso 3: Inserción del Proyecto al Plan de desarrollo local

Fase III: Organización de la Casa de Espera

- Paso 1: Funciones y responsabilidades del Comité de Gestión, el Consejo de Vigilancia y el Responsable de la administración

Fase IV: Ejecución del Proyecto Casa de Espera

- Momento 1: Instalación de la Casa de Espera
- Momento 2: Funcionamiento de la Casa de Espera

Fase V: Monitoreo y evaluación

- Indicadores

ANEXOS

BIBLIOGRAFIA

DOCUMENTO TÉCNICO:
CASAS DE ESPERA MATERNA, MODELO PARA LA IMPLEMENTACIÓN

CAPITULO 1:
CONSIDERACIONES GENERALES

1.1 FINALIDAD

Generar una movilización social multisectorial favoreciendo el acceso de las gestantes para la atención del parto en los establecimientos de salud, contribuyendo de esta manera en la disminución de la mortalidad materno perinatal.

1.2 OBJETIVO

Brindar una herramienta de trabajo que permita al trabajador de salud y otros actores sociales, implementar una Casa de Espera Materna apoyados en una gestión comunal.

1.3 ÁMBITO DE APLICACIÓN

El presente Documento Técnico es de aplicación en todas las Direcciones de Salud y Direcciones Regionales de Salud a nivel nacional, y de referencia en la elaboración de sus propias guías a nivel local.

1.4 ANTECEDENTES

La Casa de Espera Materna, es una estrategia para brindar alojamiento a las mujeres gestantes, facilitándoles el acceso hacia los establecimientos de salud fundamentalmente para la atención del parto, contribuyendo de esta manera a prevenir una muerte materna y perinatal.

La primera Casa de Espera que el Ministerio de Salud promovió fue la de llave - Puno en 1997 y contó con el apoyo de USAID, la misma que hasta la fecha funciona. En ese mismo año y también con la cooperación de USAID se impulsa la Casa de Espera de Pano, la misma que fue reimpulsada posteriormente con el apoyo de UNICEF.

Desde 1998 el Programa de Maternidad sin Riesgo y PASA del UNICEF vienen cooperando con el MINSA y las regiones para promover servicios de salud materna con adecuación cultural, así como *Casas de Espera para Gestantes de Alto Riesgo*, en Cajamarca, Cusco, Apurímac y Amazonas.

Hasta el año 2005 se tienen reportadas 221 Casas de Espera a nivel nacional¹ (ver Anexo N° 1), las mismas que responden a diferentes iniciativas y cuentan con la participación compartida del Ministerio de Salud, UNICEF, PAR Salud, la Comunidad Europea (Proyecto AMARES), las municipalidades, la comunidad, los ACS y algunas ONGs como Manuela Ramos, CARE Perú, entre otras.

Todas las experiencias de implementación de Casas de Espera coinciden en señalar un problema común: la sostenibilidad², relacionado al financiamiento,

¹ Consolidado de Casas de Espera a nivel nacional, Documento de trabajo de la Dirección General de Promoción de la Salud del Ministerio de Salud, Mg. Gina Rojo, actualizado a Octubre 2005.

² Casas de Espera en el Perú, resumen de las experiencias de adecuación cultural en MR priorizadas de Huancavelica,

fundamentalmente para asegurar el aprovisionamiento de alimentos durante la estancia de las mujeres y sus familias en la Casa de Espera. Entre las estrategias aplicadas por las diferentes experiencias para resolver este problema tenemos: el *autosostenimiento*, es decir que son las propias usuarias las que llevan sus alimentos; la *búsqueda de agentes auspiciadores o financiadores* como las municipalidades, agencias de cooperación, etc., esto nos permite contar con potenciales co-gestores de la Casa de Espera Materna, ya que dentro del enfoque de derechos y deberes deberíamos promover la corresponsabilidad de las familias y la comunidad.

1.5 ARTICULACIÓN AL MODELO DE ABORDAJE DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

En el marco del Modelo de Abordaje en Promoción de la Salud, la implementación de una Casa de Espera Materna se apoya en una amplia participación social, trascendiendo a una iniciativa sectorial, fortaleciendo el empoderamiento comunitario. Por ello se propone en las regiones, un trabajo articulado desde la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva con los Programas de Municipios y Comunidades Saludables y Familias y Viviendas Saludables, aprovechando las siguientes oportunidades:

Desde el Programa de Municipios y Comunidades Saludables:

El *Componente municipio*, permite incorporar una atención a los principales problemas de salud por parte del gobierno municipal y los otros sectores públicos, así el problema de la accesibilidad de las gestantes para la atención del parto puede verse atendido y reflejado en el Plan Local Concertado y el Presupuesto Participativo. Podríamos generar políticas públicas y acciones para promover por ejemplo una maternidad saludable.

El *Componente comunidad*, genera competencias en las comunidades para promover su participación en acciones de promoción de la salud y de desarrollo, tales como la vigilancia de la salud de las gestantes y la implementación de una Casa de Espera Materna en el marco del Plan Comunal Concertado, generar condiciones de una vida y familias saludables en la comunidad.

Desde el Programa de Familias y Viviendas Saludables:

En las reuniones con las familias adscritas para la elaboración de los *Planes de promoción de familias saludables*, analizaremos diversos problemas y estrategias, que nos permitirán promover comportamientos saludables alrededor de la maternidad y favorecer un acercamiento de las gestantes a los servicios de salud, así como poner en práctica el Plan de Parto. En todas estas actividades estarán involucrados los agentes comunitarios de salud, actores locales y el personal de salud, quienes deben asegurar la articulación de este Plan al Plan Local Concertado.

1.6 ENFOQUES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS CASAS DE ESPERA

Enfoque de derechos humanos

Un enfoque desde los derechos humanos en el desarrollo³ debe capturar la naturaleza

Puno, Bagua, Huánuco, Apurímac, Cusco y Ayacucho, Documento de trabajo de la Dirección General de Promoción de la Salud del Ministerio de Salud, Mg. Gina Rojo, 2004.

³ El Camino Derecho al Desarrollo– Un Enfoque desde los Derechos Humanos en la Asistencia para el Desarrollo publicado por el Consejo de Derechos Humanos de Australia: André Frankovits y Patrick Earle, Mayo 2001

esencialmente *activa* de los derechos humanos, su énfasis en la persona humana como centro y sujeto del proceso de desarrollo.

El enfoque de derechos reivindica la responsabilidad principal del Estado para garantizar el desarrollo humano; es el Estado el que está obligado a desarrollar políticas sociales para satisfacer aquellas necesidades y carencias que social e históricamente se consideren pertinentes proveer a las personas, por su condición de pertenencia a esta colectividad⁴.

El Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), expresa con respecto al derecho a la atención materna, infantil y reproductiva:

..es preciso adoptar medidas para mejorar la salud infantil y materna, los servicios de salud sexuales y genésicos, incluido el acceso a la planificación de la familia, la atención anterior y posterior al parto, los servicios obstétricos de urgencia y el acceso a la información, así como a los recursos necesarios para actuar con arreglo a esa información.

Derecho a la salud

El derecho a la salud incluye el acceso a servicios de calidad e información, así como disponer de una vivienda saludable y un ambiente saludable para vivir y trabajar.

Derecho a la participación social

La instalación de una Casa de Espera Materna es una oportunidad para promover la acción intra e intersectorial y movilizar una mayor participación social de los actores locales, compartiendo responsabilidades y roles entre la comunidad organizada, el personal de salud, el gobierno local y otras instituciones locales del sector público o privado, sobre la base de la promoción de la salud, el empoderamiento comunitario y el trabajo concertado.

Enfoque de género

Enfoque de género significa “analizar los significados, prácticas, símbolos, representaciones, instituciones y normas que las sociedades y grupos humanos elaboran a partir de la diferencia biológica entre varones y mujeres. Tener una mirada crítica de las relaciones entre hombres y mujeres, y como se ponen de manifiesto las jerarquías de género expresadas en una desigual valoración de lo femenino y lo masculino y en una desigual distribución del poder”⁵.

De esta forma debemos favorecer una mayor participación del hombre y la mujer en la responsabilidad del cuidado y promoción de la salud individual, familiar y comunal, así como las relaciones equitativas en el escenario público y privado, como es el espacio familiar.

El enfoque intercultural

Entendemos la interculturalidad como un proceso de construcción de relaciones dialógicas entre culturas diferentes donde se puede distinguir cuatro grandes

⁴ La política social con un enfoque de derecho, una reflexión a partir del caso costarricense, L. Guendel, M. González, F. Carrera, R. Osorio, UNICEF

⁵ Modulo de Capacitación para Sectores “Diseño de políticas de igualdad de oportunidades con equidad de género” del Proyecto Impacto en las Políticas Públicas Sectoriales sobre el avance de las mujeres, dentro del marco del Plan de Igualdad de Oportunidades entre mujeres y varones, MIMDES- FNUAP, Lima 2004

momentos⁶: primero, el *reconocimiento del otro*, el reconocimiento de la diferencia, que permite distinguir al otro de uno mismo; segundo, el *conocimiento del otro*, a fin de salir de uno mismo hacia el otro, es desbordar los propios parámetros y perímetros culturales; tercero, el *contacto con el otro*, la interculturalidad aboga por el contacto entre cultura y cultura, trascendiendo de una experiencia dolorosa para convertirlo en una oportunidad de crecimiento mutuo, en lugar de violencia, resistencia o resignación; por último, *la convivencia con el otro*, que se caracteriza por la capacidad-posibilidad de establecer relaciones de equidad fundamentadas en el ejercicio, respeto y reconocimiento de los derechos.

Adoptar el enfoque intercultural significa que trabajemos en el desarrollo de competencias para reconocer en las diferencias culturales y sociales, una oportunidad para el diálogo, el intercambio y la construcción de enlaces que permitan una convivencia, basados en la tolerancia a la diversidad, la equidad, “el respeto mutuo y la cooperación entre éstas”⁷ y, contribuir juntos en el proceso de desarrollo.

Interculturalidad en salud y calidad de atención

La adecuación cultural de los servicios de atención materna, es una estrategia válida y demostrada por diversas experiencias exitosas del país que favorece el acceso de la población hacia los servicios de salud, y al ejercicio de su derecho a la salud y; consiste en adecuar el servicio de salud para la atención materna de acuerdo a las expectativas de las usuarias, ofreciendo servicios de calidad que respetan las creencias locales e incorporan en la atención sus costumbres alrededor del parto y puerperio.

En ese sentido, la atención del parto vertical en los servicios de salud, incluida recientemente como norma técnica⁸, exige una mayor comprensión de la cultura local, así como buscar la oportunidad de interactuar con las parteras para un aprendizaje intercultural mutuo, permitiéndonos conocer más sobre algunas prácticas tradicionales útiles e inocuas, que podemos incorporarlas en los servicios de salud; así como influir positivamente para disminuir algunas prácticas nocivas.

1.7 CONCEPTOS BÁSICOS

Salud

La salud, componente principal del bienestar, es el estado de la persona humana como expresión dinámica de equilibrio de lo biológico, psicosocial y ecológico; por lo tanto la salud es integral y no sólo la ausencia de enfermedad.⁹

La salud es responsabilidad de todos y constituye un elemento indispensable en el desarrollo de la persona, la familia, la sociedad y el país.

Determinantes de la salud

⁶ Tomado del artículo “Conocimiento del otro” de Alexandra Galimberti Prince, Boletín UNEBI del Ministerio de Educación, N° 4 Junio 2000, pág.17

⁷ Bant, A. Salud; Motta A.; Cultura y Género: ¿Cómo mejorar la salud sexual y reproductiva en un país multicultural? ReproSalud, Manuela Ramos 2001.

⁸ Norma Técnica Parto Vertical RM 598-2005/MINSA

⁹ Organización Mundial de la Salud

Son un conjunto de factores biológicos, sociales, culturales, económicos y ambientales, de la cual forman parte los individuos y poblaciones, que influyen o condicionan su estado de salud¹⁰.

Promoción de la Salud

Proceso que consiste en proporcionar a las personas, familias y comunidades los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre los mismos. Procura crear y fortalecer las condiciones que habiliten a la población adoptar cada vez mejores decisiones en torno a la salud.¹¹ La promoción de la salud actúa sobre los determinantes de la salud.

Familias Saludables

Es aquella en la que sus miembros se encuentran en la búsqueda continua de su bienestar físico, psíquico, social y mantienen condiciones favorables para preservar y fomentar su desarrollo, respetando su dignidad, sus expectativas y necesidades; viven resolviendo adecuadamente los conflictos entre sus miembros y en un entorno saludable, siendo responsables de sus decisiones individuales y familiares y promoviendo principios, valores así como actitudes positivas para la vida.¹²

Viviendas Saludables

Es aquel espacio físico que propicia condiciones satisfactorias para la persona y la familia, reduciendo al máximo los factores de riesgo existentes en su contexto geográfico, económico, social y técnico.¹³

Salud Sexual

Es la capacidad de disfrutar, expresar nuestra sexualidad y de hacerlo sin riesgos de enfermedades transmitidas sexualmente, embarazos no deseados, coerción, violencia y discriminación. La sexualidad y la reproducción son parte intrínseca de la salud sexual y reproductiva. Mientras que la sexualidad está presente y forma parte de toda la vida, la reproducción es la capacidad temporal de procrear que tienen hombres y mujeres.¹⁴

Salud Reproductiva

Implica el ejercicio de una sexualidad responsable basada en relaciones de igualdad y equidad entre los sexos, el pleno respeto de la integridad física del cuerpo humano y la voluntad de asumir la responsabilidad por las consecuencias de la conducta sexual.¹⁵

¹⁰ Ibid,4

¹¹ Consejo Nacional de Promoción de la Salud

¹² Concepto elaborado por el Equipo Técnico de la Dirección Ejecutiva de Promoción de Vida Sana de la Dirección General de Promoción de la Salud, tomado de la Guía de Implementación del Programa de Familias y Viviendas Saludables, 2005.

¹³ Concepto tomado del Documento de <http://www.per.ops-oms.org/cente/ceremonia-central> de la Organización Panamericana de la Salud, y modificado por el Equipo Técnico de Promoción de Vida Sana de la DGPS MINSA. Fecha de visita Agosto 2005

¹⁴ Guías Nacionales de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud, Lima 2004.

¹⁵ Ibid

Violencia contra la mujer

Es cualquier acto de fuerza física o verbal, coerción o privación que atente contra la vida o la salud de una mujer, en cualquier etapa de su vida y en cualquier escenario, causando daño físico o psicológico, humillación o privación arbitraria de la libertad y que perpetúe la subordinación de la mujer. También llega a ser agredida a través de los hijos e hijas, cuando el hombre los ataca físicamente, los usa sexualmente, los fuerza a observar el abuso y los hace partícipes del atropello. De esta manera, el hombre controla a la mujer negándole su papel como madre defensora del bienestar de su descendencia.¹⁶

¹⁶ Ibid

7.1 Definiciones operativas

Agente Comunitario de Salud (ACS)

El Agente Comunitario de Salud es un miembro representativo de la comunidad, es elegido por ésta, y de manera voluntaria desempeña una labor efectiva de enlace entre la comunidad, las autoridades y el personal de salud promoviendo la salud y el desarrollo, para lo que es capacitado por el personal de salud. Bajo esta denominación se incluyen a los Promotores/as de Salud y las/os Parteras/os Tradicionales.

Casa de Espera

Es un lugar destinado para el alojamiento o posada temporal de las mujeres gestantes, sus niños pequeños y algún acompañante que la gestante decida (pareja, mamá, familia, partera), que le permite el acceso al sistema de servicios de salud en las semanas previas al parto para asegurar un parto institucional, y de esta forma contribuir a la prevención de muertes maternas y perinatales principalmente en zonas rurales.

Comunidad

Conjunto de personas que comparten una cultura e intereses en común y que viven en un mismo espacio geográfico; se ubican tanto en áreas urbanas y rurales. Incluye todas las formas de agrupaciones existentes de la sociedad.

Familia

La Constitución Política del Perú, en su artículo 4º¹⁷ refiere que la Familia es la institución natural y fundamental de la sociedad, es su unidad básica¹⁸ primer espacio de socialización del ser humano¹⁹ en el que se generan derechos, deberes y relaciones, orientados al bienestar y desarrollo integral de las personas y donde se aprenden valores fundamentales para la convivencia social.

Municipalidad

Es la instancia administrativa descentralizada de gobierno local más cercano a la población, es el articulador entre la sociedad y el Estado; como responsable del desarrollo económico y social a través de la educación, cultura, salud, deporte y recreación, saneamiento, ambiente y vivienda, y participación vecinal, entre otros, que influyen sobre la calidad de vida de la población²⁰.

Personal de Salud

Personal profesional o no profesional que brinda atención en los establecimientos de salud públicos y privados, según su nivel de complejidad. Excepcionalmente se incluyen los voluntarios adecuadamente capacitados en zonas donde no existe establecimiento de salud referencial.

¹⁷ Constitución Política del Perú. 1993.

¹⁸ Decreto Legislativo 346. Art. 2, Lineamientos de Política del Sector Salud 2001-2012, aprobados por Resolución Suprema N° 014-2002-SA, Tercer Principio Básico; OPS, La Familia y la Salud CD44/10

¹⁹ Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia. Principio Rector 4°.

²⁰ Programa Nacional de Municipios y Comunidades Saludables, pág. 19

CAPITULO 2:

ASPECTOS ESPECIFICOS DE LA CASA DE ESPERA MATERNA

2.1. Beneficiarias de la Casa de Espera

La Casa de Espera Materna brinda la oportunidad del acceso a un establecimiento de salud con capacidad para atender el parto a todas las gestantes:

- ✓ Que viven en comunidades lejanas o de poca accesibilidad geográfica.
- ✓ Que están expuestas a tener el parto sin apoyo familiar o social.
- ✓ Que están en riesgo de tener un parto no atendido por profesional de salud.
- ✓ Que tienen alguna complicación obstétrica o antecedente obstétrico de riesgo.

Para ello, el establecimiento de salud deberá estar preparado para ofrecer una adecuada atención de parto y, de ser necesario, para una referencia efectiva hacia otro establecimiento de salud de mayor resolución con capacidad de respuesta para las emergencias obstétricas y neonatales; toda vez que la situación de riesgo o una complicación puede presentarse en cualquier momento del parto y puerperio inmediato.

2.2. Dónde instalar una Casa de Espera Materna

- ✓ Establecimientos de salud con comunidades muy distantes, que dificultan el acceso para la atención del parto, reflejado en las bajas coberturas de atención de parto institucional.
- ✓ Establecimientos de salud con capacidad de atención de parto y de referencia efectiva hacia otro establecimiento de mayor resolución y con capacidad de respuesta para las emergencias obstétricas y neonatales.
- ✓ Municipios y Comunidades Saludables, que hayan priorizado en sus planes concertados la mortalidad materna perinatal como un problema de salud pública, pueden considerar la Casa de Espera Materna como una estrategia de apoyo.

2.3. Ventajas y dificultades en la implementación de una Casa de Espera Materna

Algunas ventajas que debemos tomar en cuenta son:

- ✓ Permite el acercamiento de las gestantes al sistema de salud, y consecuentemente a una vigilancia cercana del personal de salud.
- ✓ Contribuye a incrementar la cobertura de parto institucional.
- ✓ Contribuye a generar una actitud favorable hacia una maternidad saludable en las comunidades, compartiendo responsabilidades y formando redes de solidaridad.
- ✓ Permite desarrollar acciones de educación para la salud y otras actividades de tipo productivo con las gestantes, haciendo más eficiente el tiempo de espera.
- ✓ Permite participación de las familias en la atención y alimentación, lo que le da más seguridad y confianza a la gestante.
- ✓ Bajo costo y mayor sostenibilidad, en tanto se apoye en la participación social.
- ✓ Podemos usar las instalaciones para otras actividades comunales de salud.
- ✓ Permite establecer puentes culturales entre el prestador y los usuarios, favoreciendo en éstos últimos el ejercicio de sus derechos en salud y su participación en mejorar la calidad de atención del servicio.

También es necesario tomar en cuenta las principales dificultades:

- ✓ Problemas para la sostenibilidad principalmente para asegurar la alimentación, por eso debe apoyarse en la gestión de la comunidad o de un conjunto de actores y no sólo en el sector salud.
- ✓ Escaso conocimiento de la existencia y utilización de la casa cuando no existe un buen plan comunicacional.
- ✓ Poco involucramiento de la población si la Casa de Espera Materna no es una actividad sentida y priorizada por la comunidad.
- ✓ En algunas zonas muy dispersas los costos para el traslado de la gestante suelen ser muy elevados.

2.4. Modelo de Gestión Comunal:

Proponemos un modelo de gestión comunal y participativo (Anexo N° 1), organizado a través de un Comité de Gestión de la Casa de Espera Materna como órgano funcional, teniendo en cuenta que el cuidado de la salud de las gestantes no sólo es responsabilidad del personal de la salud, la familia y el agente comunitario, sino que debiera ser una preocupación conjunta de los diversos actores y redes sociales, liderados por el gobierno local.

Las experiencias exitosas indican que la asociatividad en la gestión de una Casa de Espera Materna es ventajosa, en tanto cuenta con la participación comprometida de dos o más de los siguientes actores locales: personal de salud, gobiernos locales, instituciones financieras y organizaciones comunitarias. Casi siempre el sector salud toma la iniciativa, de esta manera, el personal de salud asume el rol de *impulsor de la Casa de Espera Materna*.

En los lugares donde se viene implementando el Programa de Municipios y Comunidades Saludables, la implementación de una Casa de Espera Materna puede convertirse en uno de los proyectos de desarrollo social de un Municipio Saludable, esto es si el tema de la salud materna es parte de la agenda pública tanto de la comunidad como del municipio. De esta manera, puede ser gestionado dentro del Plan de Desarrollo Local y en los Planes Comunales Concertados, lo que nos permitirá un buen ejercicio de participación ciudadana, corresponsabilidad social, y de esta manera alcanzar viabilidad y sostenibilidad.

Debemos tomar en cuenta que durante la implementación de una Casa de Espera Materna hay tareas muy específicas como:

- ❖ La gestión y administración
- ❖ La alimentación y
- ❖ La atención de la gestante

Para ello, necesitamos lograr el máximo de aliados posibles, ya que el proceso de implementación de la Casa de Espera Materna requiere de un gran esfuerzo para gestionarla, lograr hacerla funcional y exitosa.

2.5. El Comité de Gestión

- a) Proponemos un modelo participativo y de gestión comunal, organizado a través de un Comité de Gestión de la Casa de Espera Materna como órgano funcional, que incorpora a una red de actores sociales de la localidad, sensibilizados y comprometidos en la prevención de la muerte materna perinatal.
- b) Las funciones de éste Comité podría ser asumido por cualquier instancia representativa existente en la comunidad, compartiendo las responsabilidades en la planificación, gestión, organización, y ejecución de las acciones necesarias para

la implementación de la Casa de Espera Materna.

- c) Donde se tenga instalado el Comité Multisectorial para promover el Programa del Municipio y la Comunidad Saludable, sea del nivel Provincial o Distrital, se recomienda que éste sea la instancia que asuma la Gestión de la Casa de Espera Materna, lo que aseguraría el compromiso del Gobierno Local.
- d) Donde no exista este Comité Multisectorial, la gestión de la Casa de Espera Materna podría estar a cargo de una Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza (MCLCP), o un Comité de Coordinación Local (CCL) o un Comité Multisectorial para Prevención de la Muerte Materna, Comité de Salud, u otra instancia representativa local.
- e) El Comité de Gestión deberá de diseñar un Proyecto, estableciendo metas, acciones y responsabilidades muy precisas. La misma que debiera insertarse en el proceso de planificación y concertación local, como un proyecto de desarrollo social, incorporándose al Plan de Desarrollo Local y en los Planes Comunales Concertados.
- f) El Comité de Gestión tiene las siguientes tareas: gestión, administración, alimentación y atención de la gestante.

2.5.1 Responsabilidades de los principales actores sociales involucrados:

a) El establecimiento de salud

1. Mantener estrecha coordinación con el Responsable de la atención y administración de la Casa de Espera Materna, así como supervisar su desempeño y asegurar la atención en salud de la gestante en el establecimiento de salud de referencia.
2. Asesoramiento para la buena alimentación de las gestantes.
3. Organizar las actividades educativo comunicacionales y otras acciones de promoción de la salud que se consideren necesarias.

b) La Comunidad y sus organizaciones

1. Son corresponsables de la conducción del proyecto junto con sus autoridades locales y el establecimiento de salud.
2. Designar una persona o personas que serán los responsables de la administración de la Casa de Espera Materna, quienes atenderán en la casa de espera de manera permanente o rotativa, apoyados por los promotores de salud y parteras tradicionales voluntarias.
3. Apoyarán en la sostenibilidad de la alimentación, coordinando para ello con instituciones locales y/o organizaciones sociales de base y los familiares de la gestante.

c) El Gobierno local

1. Rol protagónico y debe comprometer voluntad política para hacer posible la implementación de la Casa de Espera Materna.
2. Asumir una parte importante de la viabilidad económica de la Casa de Espera Materna, a través de fondos públicos o gestionados en el

presupuesto participativo destinados para atender: la implementación, el pago de un incentivo al personal Responsable de la atención y administración de la Casa de Espera o alguna otra prioridad que el Comité de Gestión determine.

3. Impulsar algún proyecto de generación de ingresos para apoyar en el sostenimiento de la Casa.
4. Puede asumir junto con la comunidad y las familias la responsabilidad de la alimentación, o disponer aportes de los programas sociales que están a su cargo a través de ordenanzas.

b) La Familia de la gestante

1. Asegurar el acompañamiento de la gestante durante su estancia en la Casa de Espera Materna.
2. Asume una responsabilidad tanto en el mantenimiento de la casa, así como con el aprovisionamiento de algunos víveres propios de la localidad para la alimentación.
3. Participación activa en la preparación de los alimentos, de las actividades educativo comunicacionales y de sostenimiento que la casa de espera tiene organizada para la gestante y su familiar.

CAPITULO 3:

PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN DE UNA CASA DE ESPERA MATERNA

El personal de salud debe tener en cuenta que, la implementación de una Casa de Espera Materna es sólo una de las estrategias que permitirá mejorar el acceso de las gestantes a los establecimientos de salud. Es decir, organizar una casa de espera no es la meta final, sino un resultado intermedio dentro de una planificación mayor para alcanzar la gran meta de reducir de manera efectiva las muertes de niños y madres por complicaciones del parto ocurridos en el domicilio o durante los traslados hacia los establecimientos de salud.

Descripción de las Fases del proceso.

A continuación presentamos las fases del proceso de implementación de una Casa de Espera Materna, así como la metodología e instrumentos sugeridos, descritas paso a paso y organizados de la siguiente manera:

- Fase I : Sensibilización de aliados
- Fase II: Planificación y gestión del proyecto Casas de espera
- Fase III: Organización de la Casa de Espera Materna
- Fase IV: Ejecución del Proyecto Casa de espera
- Fase V: Monitoreo y evaluación

FASE I: Sensibilización de Aliados

La iniciativa para implementar una Casa de Espera Materna generalmente es asumida por el personal de salud, llamado *personal de salud impulsor*, sin embargo, para alcanzar el éxito en la implementación de esta estrategia es necesario compartir esta responsabilidad y generarnos aliados.

En esta primera fase, corresponde buscar el involucramiento de todo el equipo de salud, así como generar una corriente de opinión favorable y el compromiso con el proyecto, por parte de la red de actores sociales locales.

La metodología e instrumentos para sensibilizar al personal de salud y los posibles aliados en la importancia de implementar una Casa de Espera Materna, son:

PASO 1: Primer aliado, el propio equipo de salud

Es fundamental que en el nivel Regional de Salud, el *Comité Técnico de Prevención de Muertes Maternas* incorpore la instalación de Casas de Espera Materna como una de sus estrategias para mejorar la accesibilidad de las gestantes para el parto institucional. Desde este nivel se debería analizar y planificar con las Redes de Salud, la ubicación idónea de las Casas de Espera Materna en la región, tomando en cuenta los flujos de desplazamientos de la población por accesibilidad geográfica, y las referencias materno perinatales.

En el nivel local de la Red o Microrred de Salud, se buscará el compromiso de todo el personal de salud del establecimiento o los establecimientos que trabajarán en red para la derivación de gestantes hacia la Casa de Espera Materna. Por lo general, es el Jefe del Establecimiento de Salud, el Responsable de la Etapa Adulto y el Responsable de Promoción de la Salud quienes lideran la iniciativa, y lo llamaremos en adelante el *personal de salud impulsor*, pero **se requiere de la participación de todo el equipo de salud** para un trabajo más efectivo y coordinado.

En el Establecimiento de Salud el *personal de salud impulsor*, debería coordinar con el *Comité Técnico de Prevención de Muertes Maternas* del nivel local o el *Comité Técnico del Sector Salud para Municipios y Comunidades Saludables*, para convocar a todo el personal de salud del establecimiento de salud, o de la red de servicios con la que pensamos trabajar, para la Reunión de Sensibilización sobre la importancia de implementar una Casa de Espera Materna (Instrumento N° 1).

Consolidando un buen equipo de trabajo a nivel intrasectorial, tenemos dado el primer paso, ya que el personal de salud representa un nivel de autoridad para la comunidad. Este nivel de sensibilización permitirá todo el equipo pueda participar de las actividades de sensibilización y planificación con actores sociales contemplados en el Paso 2.

Para desarrollar esta primera reunión de sensibilización, se podrá utilizar el Instrumento N°1 (Ver Anexo N° 3), que ofrece una guía para conducir la reunión paso a paso.

PASO 2: Involucramiento de otros posibles aliados y establecimiento de alianzas estratégicas.

La implementación de una Casa de Espera Materna, permitirá trabajar sobre dos determinantes sociales claves que influyen sobre la salud de la población: la conformación de redes sociales de apoyo y el acceso a servicios de salud, por lo que el personal de salud debe tomar en cuenta las estrategias, enfoques y metodologías que desde Promoción de la Salud se les alcanza y en particular desde los Programas de Familias y Viviendas Saludables y Municipios y Comunidades Saludables.

El siguiente paso es buscar la inserción del tema de *promoción de la salud materna y perinatal* en la agenda pública, para ello el *personal de salud impulsor* de la Casa de Espera Materna debe promover estrategias como la participación ciudadana y la abogacía para la generación de alianzas estratégicas, concertación local y responsabilidad social entre los representantes del gobierno local, otros sectores públicos y privados locales y las autoridades comunales, lo que nos permitirá que se hagan sostenibles y de mayor impacto las intervenciones.

Estos posibles aliados pueden participar y apoyar: difundiendo la Casa de Espera Materna, captando gestantes, aportando con recursos económicos, bienes y/o materiales para su implementación y funcionamiento, auspiciando el desarrollo de capacidades, o generando políticas públicas locales por ejemplo: de protección a las mujeres gestantes. Este debiera ser un indicador del grado de compromiso de los actores locales.

El Programa de Municipios y Comunidades Saludables nos ofrece orientaciones conceptuales y metodológicas para promover participación ciudadana, a través de la Guía para la implementación de Comunidades Saludables y la Guía para la implementación de Municipios Saludables.

Es preciso que tengamos claro que todos los actores sociales presentes en nuestra jurisdicción sanitaria pueden convertirse en importantes aliados para impulsar el proyecto, para ello es importante disponer del Directorio de Actores Sociales que la Guía de Comunidades Saludables nos señala (listado de todas las instituciones y organizaciones comunitarias de base presentes), por ejemplo:

- ✓ Gobierno regional
- ✓ Mesa de Concertación de Lucha contra la Pobreza y otros espacios de concertación
- ✓ Las iglesias
- ✓ Los gobernadores
- ✓ Los representantes de otros sectores u organismos estatales: Ministerio de

- ✓ Agricultura, Educación, MIMDES, PRONAA, etc.
- ✓ Los Agentes Comunitarios de Salud
- ✓ Las ONGs
- ✓ Las Fuerzas Armadas y Policiales
- ✓ Las empresas privadas pequeñas o grandes
- ✓ Instituciones Educativas
- ✓ Organizaciones comunales: Comités de Desarrollo Comunal, Comités de Vaso de Leche, Clubes de Madres, Junta de regantes, etc.

Lo que convendría es no desestimar la participación de ninguno de ellos a pesar de tener objetivos institucionales aparentemente diferentes.

Para este fin, el *personal impulsor* promoverá una serie de actividades que nos permitirán la sensibilización de los actores locales decisores de políticas e inversiones, así como de toda la comunidad organizada y las mismas familias que se verían beneficiadas con una Casa de Espera Materna.

a) Campaña de sensibilización individualizada con decisores políticos

Los decisores políticos locales son todos aquellos representantes de los sectores gubernamentales, incluido el gobierno local, que por mandato institucional o democrático influyen en las decisiones de la gestión pública. Para nuestro caso, así clasificaremos además a los representantes de los diferentes Comités Multisectoriales y Espacios de Concertación existentes en la localidad.

De estar ejecutándose en nuestro ámbito el Programa de Municipios y Comunidades Saludables, facilitaría nuestro trabajo porque nos permitiría tener ya conformado un Comité Multisectorial que aborda los temas de promoción de la salud desde la gestión local, los que deben estar plasmados en el Plan Local Concertado. En este caso, corresponde coordinar con el Comité Técnico Ampliado del Programa para revisar si el problema de salud materna ya ha sido tomado en cuenta, de lo contrario organizaremos la campaña de sensibilización y su posterior convocatoria al Taller con Actores Sociales.

Planifiquemos reuniones con cada uno de los decisores locales y realicemos una primera campaña de advocacy más personalizada, para analizar con ellos su rol para contribuir al desarrollo de la comunidad y sensibilizarlos en la importancia de promover una Casa de Espera Materna que facilite el acceso de las mujeres gestantes al parto institucional.

Nos organizaremos para realizar las visitas de preferencia entre dos personas, podemos preparar información resumida e impresa de los principales indicadores de salud materno perinatal en el nivel local, que apoyen en la comprensión del problema.

b) Campaña de sensibilización dirigida a familias y comunidades

Aquí se incluirán actividades de difusión dirigidas a las familias y la comunidad en general, para hacer conocer la situación local de la salud de la mujer, así como el derecho a una atención de salud de calidad para las gestantes, el derecho al acceso a dichos servicios de salud y la necesidad de que TODOS nos comprometamos a impulsar una Casa de Espera, que asegure un parto institucional a las mujeres gestantes de las comunidades mas lejanas y de difícil acceso.

Para ello podremos utilizar medios de comunicación locales masivos tales como: las ferias, las asambleas comunales, las reuniones de las organizaciones de base como la del vaso de leche o los comedores, etc.

Estas dos campañas nos deben permitir difundir el próximo Taller de Sensibilización de Actores Sociales, y canalizar una adecuada representatividad de la comunidad organizada a dicho actividad.

PASO 3: Taller de sensibilización con Actores Sociales

- a) Los objetivos del Taller de sensibilización con Actores Sociales serán:
- Analizar con las autoridades comunales e institucionales la situación de la salud materna perinatal local.
 - Presentar la estrategia de la Casa de Espera Materna como un proyecto específico para atender el problema de accesibilidad a servicios de salud.
- b) Sobre la convocatoria: La campaña de sensibilización individualizada con decisores locales desarrollada preliminarmente, favorece la convocatoria de éstas personas al Taller de Sensibilización con Actores Sociales. Para la convocatoria a nivel comunal, su representatividad va a depender si están organizados o no, para hacer más efectiva esta convocatoria busquemos como aliado al Municipio, así podremos convocar a las Juntas Vecinales, Comités de Desarrollo o representantes de otras organizaciones presentes, así como la representación de las organizaciones de mujeres y de agentes comunitarios de salud.
- c) La metodología que se propone es adaptable de acuerdo a cada realidad, de estar planificándose una Casa de Espera Materna para un distrito, probablemente sea necesario un Taller con Actores Sociales de un solo día; pero si el área de influencia de la casa de espera abarca a más de un distrito o varias jurisdicciones sanitarias, donde además las distancias pueden ser una limitante, entonces optaremos por hacer reuniones descentralizadas por jurisdicciones sanitarias o por grupos de actores sociales.
- d) Entre los resultados esperados de este Taller de Sensibilización:
- ✓ Compromiso de los actores locales para asumir la gestión e implementación de una Casa de Espera Materna, conformándose un Comité de Gestión, o señalando que instancia organizativa vigente asumirá esta tarea. Tomar en cuenta que se debe generar un proyecto específico que permitiría la gestión de la Casa de Espera Materna.
 - ✓ Otros aspectos que se deben haber discutido con los actores locales son:
 - la difusión permanente de la Casa de Espera Materna en la población;
 - apoyar en el traslado de las gestantes;
 - apoyar la decisión de las gestantes de acudir a la Casa de Espera Materna haciendo que las comunidades se organicen solidariamente para atender las obligaciones domésticas que debe dejar la gestante (cuidado de los hijos, sembríos y animales), y
 - asegurar que la gestante lleve consigo y aporte con alimentos locales durante su estancia.

El Instrumento N° 2 contiene la Guía Metodológica para el Taller de Sensibilización con Actores Locales (Ver Anexo N° 4)

PASO 4: Designación del Comité de Gestión de la Casa de Espera Materna

- a) La conformación del Comité de Gestión o la ratificación de alguna instancia representativa local encargada de gestionar e implementar la Casa de Espera Materna, debe darse en una Asamblea General o en el mismo Taller de Sensibilización, lo importante es asegurar la presencia de los principales representantes de la comunidad y los diversos sectores, y que se firme un Acta de Compromiso que lo suscriben todos los presentes, lo que posteriormente puede ser refrendado, de ser el caso, con una Ordenanza Municipal.
- b) Para efectos prácticos de la presente Guía Técnica, de aquí en adelante denominaremos como **Comité de Gestión** de la Casa de Espera Materna, al Comité Multisectorial u otra instancia que se le haya asignado esta función. Recordemos que se propone un modelo comunal y participativo para la gestión de la Casa de Espera Materna, por lo tanto debemos asegurar la representatividad de la comunidad organizada en la instancia organizativa que va a asumir esta tarea.
- c) Se propone que la estructura organizativa del Comité de Gestión sea la misma que propone el Programa de Municipios y Comunidades Saludables para la composición del Comité Multisectorial, y que es la siguiente:
 - El Alcalde o quien designe (funcionario con capacidad de decisión) quien liderará este Comité.
 - El Equipo de salud, que será representado por el encargado/a de promoción de la salud o quien haga sus veces.
 - Líderes o lideresas de las comunidades y organizaciones sociales.
 - Representantes con poder de decisión de las Instituciones Públicas y Privadas de la localidad.
- d) Si bien es cierto, que para efectos de mayor funcionalidad no es posible que todas las comunidades de una jurisdicción estén representadas, pero si debemos asegurarnos que los líderes comunales incluidos en el Comité deben ser lo mas representativos posibles, si es posible designado por ellos mismos.
- e) Otra condición para el éxito en la gestión de la Casa de Espera es el nivel de sensibilización alcanzado en los actores sociales locales que lo conforman, así como la claridad de la prioridad del proyecto dentro del marco de la planificación local con enfoque de desarrollo.

Este Comité de Gestión deberá decidir y designar responsables por área de trabajo necesarias para la implementación de la Casa de Espera Materna, tales como:

- Infraestructura y equipamiento,
 - Alimentación,
 - Proyecto de sostenimiento,
 - Difusión y comunicación educativa.
- f) Del mismo modo en esta Asamblea, debe discutirse la oportunidad de conformar el *Consejo de Vigilancia*, para asegurar la transparencia de la gestión del Comité, sus miembros no forman parte de la directiva del Comité de Gestión.

- g) En el caso de que se decidiese conformar un Comité de Gestión dedicado sólo a la Casa de Espera, se recomienda una estructura orgánica sencilla, que incorpore: Presidente, Secretario y Tesorero; además se debe discutir: el carácter del comité, alcances, así como establecer el período de recambio, puede sugerirse una vigencia inicial de un año, y los cargos ser renovables, pero debemos asegurar que los miembros cuenten con el respaldo de sus organizaciones.

FASE II: PLANIFICACION Y GESTION DEL PROYECTO CASA DE ESPERA

Concluida la fase de designación del Comité de Gestión y la sensibilización de la red de actores locales como potenciales colaboradores para la implementación de la Casa de Espera Materna, se inicia la etapa de planificación, elaboración y gestión del proyecto.

PASO 1 : Análisis del contexto local

Antes de iniciar la gestión de la implementación de la Casa de Espera Materna, el Comité de Gestión debe analizar cual es el nivel de confianza de la comunidad y las propias mujeres en el establecimiento de salud adonde serán referidas, así como tener en cuenta algunos otros aspectos que podrían tener un impacto en la propuesta:

1. Organizar un sistema de referencia efectivo para la atención del parto de las gestantes hospedadas en la Casa de Espera Materna, que garantice el acceso hacia otro establecimiento de salud de mayor capacidad resolutive en caso de una emergencia obstétrica o neonatal.
2. Desactivar estrategias sancionadoras que obliguen a las madres acudir al establecimiento de salud en contra de su voluntad.
3. Revisar que el sistema de comunicación local esté operativo y disponible las 24 horas del día, por ejemplo el equipo de radio comunicación, esto con el fin de asegurar las referencias o de ser necesaria una asistencia técnica por este medio.
4. Existencia de un Sistema de Referencia Comunal operativo y una red de agentes comunitarios en salud capacitados en salud materna.

La buena calidad en la atención de un establecimiento de salud, es una condición que favorece la sostenibilidad de la *articulación casa de espera-servicio de salud*, porque la población tendrá mas confianza.

Como un paso preliminar a la elaboración del Proyecto de la Casa de Espera, el Comité de Gestión debe revisar detenidamente este Plan Local Concertado, así como los Planes Comunales Concertados de la jurisdicción, para analizar si incluyen o no acciones de promoción de la salud materna perinatal o que temas de salud han sido tomadas en cuenta. Muchas de las jurisdicciones donde se está desarrollando el Programa de Municipios y Comunidades Saludables, vienen elaborando de manera participativa este Plan Local Concertado de Municipio y Comunidades Saludables.

Esto nos permitirá identificar en que parte del presente Plan Local podemos insertar el Proyecto de Casa de Espera. Donde no se ha elaborado el Plan Local, puede que exista alguna otra planificación participativa que debemos conocer y revisarla, pudiera ser el Plan de la Mesa de Concertación o el Plan de Desarrollo Local del distrito o la provincia, planes que incluyen a salud como un área temática.

PASO 2: Elaboración del Proyecto Casa de Espera

Para la elaboración del Proyecto de la Casa de Espera, va a ser importante que se aproveche de todos los niveles organizativos existentes en la localidad y que ya se encuentran sensibilizados en los problemas de salud que afectan a las madres y los niños.

La Guía de Municipios y Comunidades Saludables (Fase de Ejecución) nos sugiere que concluida la fase de planificación y para poder ejecutar las actividades de un determinado plan, por ejemplo el *Plan de acción que incluye acciones de promoción de salud de las gestantes*, usemos una matriz para decidir que actividades señaladas en el plan, por su envergadura o complejidad, deben ser acompañados de proyectos.

En nuestro caso, es necesario que todas las actividades para impulsar la Casa de Espera sean trasladadas al esquema de un *proyecto específico*. Los proyectos son planes muy específicos, que nos permiten operacionalizar organizadamente un objetivo y alcanzar metas concretas. Estos proyectos además nos permiten identificar claramente los recursos disponibles y necesarios para implementar la actividad, y de esta manera podemos gestionarlos ante diferentes instancias.

Sugerimos revisar en la Guía de Municipios Saludables, la Actividad N° 1, en el Momento I de la Fase de Ejecución, donde se nos presentan instrumentos y un paso a paso para desarrollar un taller donde podremos elaborar el proyecto. Además en la presente Guía se dispone de un Esquema para el Diseño del Proyecto Casa de Espera Materna (ver Anexo N° 4); de considerarlo necesario podemos buscar la asesoría de alguna ONG para contar con personal técnico especializado o con algún funcionario de la Municipalidad encargado del área de Planificación y Presupuesto.

Respecto a como hacer participativo este proceso de Diseño del Proyecto tenemos dos opciones: 1) elaborar el proyecto en una gran Asamblea con todas las autoridades e instituciones, o 2) el Comité de Gestión elabora una propuesta preliminar, donde las instituciones y organizaciones allí representadas pueden comprometer los recursos disponibles, e identifican los recursos que hacen falta gestionarlos; luego lo presentan en una Asamblea para su socialización, discusión y aprobación. Esto dependerá si existe o no una adecuada representatividad de la comunidad.

Para efectos de la elaboración del Proyecto, también es necesario el análisis en términos de costos lo que debe ser estimado en el diseño del proyecto (Anexo N° 5).

PASO 3: Inserción del Proyecto en el Plan de Desarrollo Local y el Presupuesto Participativo

Insistimos en la importancia de que el Comité de Gestión revise y conozca en detalle el Plan Estratégico de Desarrollo Local, ya que en la actualidad todos los distritos y provincias lo tienen, a pesar de que muchos de los cuales todavía no han sido muy difundidos. Para de esta manera generar una oportunidad de viabilidad y financiamiento al Proyecto de Casa de Espera Materna.

Dichos Planes de Desarrollo seguramente incluirán Objetivos Estratégicos y un Eje de Desarrollo en Salud, donde se planifican algunas acciones priorizadas en salud para la localidad. También deberíamos tomar contacto con las autoridades locales más representativas para conocer los avances en la implementación de este eje de desarrollo, así como otras iniciativas en salud.

Dependiendo de quienes integran el Comité de Gestión, se debe promover reuniones con representantes del Gobierno Local, las Mesas de Concertación y los Comités de

Coordinación Local para organizar la presentación del Proyecto Casa de Espera en la agenda de una Asamblea Extraordinaria con todos los actores sociales, y analizar la pertinencia de su inclusión dentro del Plan de Desarrollo Local, específicamente como una actividad dentro del Eje de Desarrollo en Salud o Desarrollo Social.

Este Proyecto debería alcanzar una mayor legitimación del Gobierno Local vía una Ordenanza Municipal, lo que facilitaría la gestión del mismo, para ello debemos presentar el Proyecto en una Sesión de Consejo para su respectiva aprobación. También deberíamos planificar su difusión a través de los medios de comunicación, en asambleas comunales, entre otros.

En el caso de que el Proyecto Casa de Espera Materna forme parte del Plan Local Concertado para una Municipalidad y Comunidad Saludable, este Plan es el que debería alcanzar este reconocimiento y legitimación sugerido, tal como nos señala paso a paso la Guía de Municipios Saludables. Todo esto nos va a generar condiciones favorables para que, ya sea el Proyecto Casa de Espera Materna o el Plan Local Concertado para una Municipalidad y Comunidad Saludable, donde esta inserto el proyecto, sea tomado en cuenta en el proceso del Presupuesto Participativo, que como sabemos cada año los gobiernos locales están llamados a convocar por mandato legal²¹.

El Presupuesto Participativo, nos brinda la oportunidad de ejercer nuestra ciudadanía y relacionarnos con el Estado en la toma de decisiones que afectan nuestras vidas. Allí podremos decidir que proyectos se priorizarán en el siguiente año de gestión municipal contando con el aporte del sector público, pero también pueden incluir aportes comunales, del sector privado, y de la cooperación externa.

Organicemos una buena sustentación del Proyecto Casa de Espera Materna en los talleres preparatorios del Presupuesto Participativo, explicitando los aspectos que financiaría el gobierno local así como los aportes locales, para que por consenso sea tomado en cuenta entre las prioridades a atender por el gobierno local en el plazo más inmediato.

Una vez incluido en el Presupuesto Participativo Local, es responsabilidad de todos promover que se fortalezcan los mecanismos de vigilancia ciudadana para asegurar el cumplimiento de estos planes y proyectos.

FASE III: ORGANIZACIÓN DE LA CASA DE ESPERA MATERNA

En esta parte y sobre la base de los acuerdos del Taller de Sensibilización, corresponde definir las reglas para un buen relacionamiento entre los diferentes actores comprometidos en su implementación y garantizar un eficiente funcionamiento de la misma.

PASO 1: Determinación de funciones y responsabilidades por actor social comprometido.

Sugerimos discutir las funciones que desempeñará cada actor social comprometido para asegurar una buena organización de la Casa de Espera Materna, las mismas que deben ser acordadas por el Comité de Gestión y difundidas en asambleas comunales.

A) Funciones de la Directiva del Comité de Gestión

- Asegurar el funcionamiento de la Casa de Espera Materna durante las 24 horas del día, a cargo de la/las persona/s Responsable/s de la administración y atención.

²¹ Ley N° 27680, que modifica la Constitución Política del Perú.

- Seleccionar y supervisar al personal que será Responsable de la administración y atención de la Casa de Espera Materna.
- Coordinar con el establecimiento de salud para el control de las gestantes y la derivación inmediata para la atención del parto.
- Garantizar un eficaz medio de comunicación con el establecimiento de salud a través de radio, teléfono, sistema de alarma u otro medio en caso de emergencias.
- Colaborar en la evacuación inmediata de la gestante en el caso de una referencia hacia otro nivel de atención.
- Decidir el uso de los fondos de que disponga la Casa de Espera Materna, originados por financiamiento externo (gobierno local u otro organismo) o recursos generados por la propia Casa, por ejemplo subvencionar parte de los gastos de alimentación, el pago a los Responsables de la administración y atención, etc.

En el área de infraestructura:

- Gestionar un local en calidad de préstamo o alquiler.
- Gestionar bienes y equipos necesarios para la implementación de la Casa de Espera Materna.
- Coordinar con la población para el acondicionamiento de los ambientes del local de la Casa: arreglos de construcción y techos, pintado, instalación de letrinas, elaboración de tarimas y enseres, etc.

En el área de gestión de actividades de sostenimiento:

- Diseñar y gestionar proyectos productivos o de inversión de pequeña escala tales como: biohuertos, crianza de animales menores, talleres de tejido, servicio de molino para granos, elaboración de mermeladas, artesanías, etc.
- Coordinar con el gobierno local o alguna ONG para la asistencia técnica del proyecto impulsado por la Casa de Espera Materna.
- Dependiendo del tipo de proyecto, organizar a la comunidad para su participación, así como coordinar la participación de la gestante y sus familiares.

En el área de gestión de la alimentación

- Gestionar convenios con el gobierno local o alguna ONG para asegurar la provisión de algunos alimentos de los Programas Sociales u otros, por ejemplo para que el Programa del Vaso de Leche facilite el desayuno a las gestantes.
- Gestionar convenios con los comedores populares locales o restaurantes para la elaboración de los alimentos de las gestantes.
- Llevar un control estricto de los alimentos donados y de su consumo.

En el área de difusión y comunicación educativa.

- Coordinar con los medios de comunicación locales ubicados en el nivel provincial, para la difusión de mensajes de salud materna y mensajes promoviendo el uso de la Casa de Espera Materna.
- Coordinar con los directivos y autoridades de las comunidades, para difundir de manera permanente en sus reuniones el uso de la Casa de Espera Materna por parte de las gestantes.
- Coordinar con el personal de salud, para apoyar en la preparación y ejecución de las actividades educativas para las gestantes de acuerdo al Plan de Comunicación del Establecimiento de Salud.

B) Consejo de Vigilancia (con miembros externos):

- Pedir informes periódicos y balances al Comité de Gestión.
- Puede convocar a Asamblea General cuando el Comité de Gestión no lo hace.

- Puede plantear observaciones y denunciar ante el Gobierno Local o las autoridades de salud, una mala gestión o incumplimiento de funciones de los miembros del Comité de Gestión.
- Puede hacer llegar su informe a las diferentes autoridades e instancias distritales y provinciales para asegurar la transparencia de la gestión del Comité de Gestión.

C) Funciones de los Responsables de la administración y atención de la Casa de Espera Materna, personas encargadas por la comunidad

- Comunicar al profesional responsable del establecimiento de salud y coordinar sobre los posibles ingresos de gestantes, motivo de referencia e indicaciones para su atención.
- Tomar y registrar datos de identificación de la gestante, motivo de alojamiento, procedencia, datos del familiar y de la persona de la comunidad que acompaña (Ver Anexo N° 6: Registro de Mujeres Alojadas)
- Acomodar a la gestante en el ambiente e informarle sobre las actividades y servicios que se desarrollan dentro del alojamiento (educativa, recreacional, etc.)
- Informar a los familiares y acompañantes sobre la importancia de visitar periódicamente a la gestante, a fin de que tomen conocimiento o participen de las decisiones acerca de su diagnóstico y tratamiento, tiempo de permanencia en el alojamiento, etc.
- Vigilar el estado de la gestante permanentemente y estar atento a alguna anomalía que se presentase, para su referencia oportuna al establecimiento correspondiente.
- Coordinar con la instancia correspondiente para la alimentación de las gestantes alojadas, de lo contrario le corresponde organizar a las gestantes junto a sus familiares para la elaboración diaria de los alimentos.
- Realizar un reporte diario de las actividades (Ver Anexo N° 7: Formato para reporte diario de responsable de la Casa de Espera Materna)

FASE IV: EJECUCION DEL PROYECTO CASA DE ESPERA

Una vez alcanzada la meta de la gestión del financiamiento del Proyecto y organización de la Casa de Espera Materna, corresponde ahora la etapa propia de la implementación, la misma que contempla dos momentos:

- 1) Instalación de la Casa de Espera Materna
- 2) Funcionamiento de la Casa de Espera Materna

MOMENTO 1: INSTALACION DE LA CASA DE ESPERA

PASO 1: Equipamiento e Infraestructura

- ❖ UN LOCAL, que en lo posible y según corresponda cuente con las siguientes características :
 - ✓ 2 o 3 dormitorios (una para adultas solas, una para adolescentes y otra para mujeres con pareja), se adecuará de acuerdo a la realidad y necesidad local.
 - ✓ Una cocina que a la vez sea el lugar donde puedan tomar sus alimentos, tomar en cuenta la propuesta de una cocina mejorada donde se tenga cuidado con la disposición del fogón y el humo.

- ✓ Servicios higiénicos.
- ✓ Una sala de espera, donde puedan charlar o realizar actividades educativas, si la cocina es amplia y ventilada podría ser también otro lugar para reuniones.
- ✓ Un patio para la lavandería.
- ✓ Un corral para los animales y espacio para un biohuerto.

Se deberá tomar en cuenta que los ambientes deben decorarse respetando las costumbres locales, considerar que la casa no sea fría, que sea ventilada (techos altos) y que permita la privacidad, especialmente de las gestantes que vengan acompañadas.

Tomaremos en consideración las “Características básicas de una vivienda saludable” (ver Anexo N° 8), toda vez que podemos establecer con la Casa de Espera, un modelo de vivienda saludable.

❖ MOBILIARIO

Se requiere lo siguiente:

- ✓ 6 a 8 camas, (esto va a depender de la demanda de gestantes que se espera, considerando además a los familiares), se recomienda tarimas de madera hechas en la propia localidad.
- ✓ Cueros o pies de cama para las camas de las gestantes.
- ✓ Mesita o armario donde guarden sus objetos personales.
- ✓ Cocina kerosene, gas, de preferencia cocina con fogón mejorado.
- ✓ Una mesa para cocina.
- ✓ Sillas y bancos de madera.
- ✓ Linternas, lámparas.
- ✓ Radio.
- ✓ Percheros.
- ✓ Almohadas.

❖ UTENSILIOS

Habituales en una casa para un mínimo de 6 personas: platos, cucharas, ollas, tetera, sartén, cucharones, cuchillos, tazones, tabla de picar, colador, termo, secadores, etc.

También tomar en cuenta lavatorios para lavar la ropa, trapeador, escobas y recogedor y desinfectantes para la higiene de la casa.

❖ ROPA DE CAMA

Se debe considerar la ropa de cama para todas las camas de acuerdo a los materiales y colores que se usan en la zona, también puede ser parte del equipaje

que traen las mujeres, esto dependerá de las condiciones locales, pero la casa deberá facilitar estos recursos.

PASO 2: Aspectos de alimentación

La Casa de Espera Materna debe ofrecer una alimentación balanceada y nutritiva, estableciendo horarios de acuerdo a las costumbres locales, garantizando por lo menos tres comidas al día, así como asegurar que las gestantes alojadas reciban una suplementación de Hierro con Acido Fólico. Todo esto requiere de una buena coordinación y gestión del Comité, apoyados por toda la comunidad.

En cuanto a la alimentación el Comité de Gestión deberá decidir de acuerdo a sus posibilidades reales, puede tomarse en cuenta alguna de los siguientes caminos o una combinación de ellos:

- Aportes provenientes de los programas sociales como PRONAA, gestionados por el gobierno local, que pueden ser utilizados para preparar los alimentos en la casa de espera o por algún comedor que se encargue.
- Aportes de las propias usuarias de la casa de espera, pueden tratarse de productos propios de la zona. Pueden ser tomados en cuenta y gestionar los alimentos que ellas no pueden aportar como la carne o considerarse como alimentos complementarios, y compartirlos con las otras mujeres hospedadas.
- Convenios para la preparación de alimentos con los comedores o restaurantes de la zona.
- De ser el caso, puede darse que el Comité de Gestión destine parte de los recursos que pueden generarse por proyectos propios, para la alimentación.

PASO 3: Aspectos administrativos

Dado que esta es una propuesta de gestión comunal, donde participan con deberes tanto la comunidad, las familias, el establecimiento de salud y el gobierno local; una vez implementada la Casa de Espera Materna, el Comité de Gestión en pleno debe resolver los siguientes aspectos para asegurar el buen funcionamiento de la Casa:

- a) Pago mínimo al personal Responsable de la administración y atención de la Casa de Espera Materna, quien asumirá las actividades cotidianas de la casa. Una parte de este pago puede ser gestionado con el gobierno local, y cubrir la otra parte con los recursos que la propia casa genere de alguno de sus proyectos productivos.
- b) Tomar en cuenta los gastos operativos para el sostenimiento de una Casa de Espera Materna (Ver anexo N° 5), muy aparte del pago al Responsable: gastos de mantenimiento de los servicios básicos como agua y electricidad, de alimentación, combustible, lavandería, limpieza y de alquiler de local de ser el caso.

PASO 4: Plan de campaña comunicacional para la difusión de la Casa de Espera Materna

Esta debe ser una actividad muy específica, que puede ser parte del Plan de Comunicación Educativa que más adelante desarrollamos, cuyo objetivo central es *difundir el uso de la casa de espera entre todas las comunidades beneficiarias* y programar las siguientes actividades por ejemplo:

- Uso de medios masivos locales
 - ✓ Preparación de spots y difusión a través de las radios y televisoras locales.
 - ✓ Preparar un cartel en la puerta del local de la Casa que indique los servicios que ofrece.
 - ✓ Inauguración de la Casa de Espera y marcha con pancartas.
- Uso de medios comunales
 - ✓ Comunicados en asambleas comunales.
 - ✓ Comunicados en las misas y otros oficios religiosos locales.
- Uso de medios interpersonales
 - ✓ Invitar a visitar la Casa de Espera a todas las gestantes que acuden al control prenatal, a las mujeres miembros de las organizaciones de base como los comedores, clubes de madres, vaso de leche.

MOMENTO 2: FUNCIONAMIENTO DE LA CASA DE ESPERA

Una vez lista la Casa de Espera Materna se iniciará el proceso de atención a las gestantes.

Cuando el servicio de salud capta una gestante en fecha próxima a su parto o producto del seguimiento a las gestantes ésta es invitada a esperar la fecha probable de parto en la Casa Materna. Es posible que también se genere una demanda espontánea de algunas mujeres informadas o que han tenido experiencia o contacto previo con ésta.

La decisión de la gestante y su familia para trasladarse a la Casa de Espera, supone todo un proceso de negociación con ella, los familiares, y la misma comunidad, la misma que debe ser iniciada durante el control prenatal; de esta manera la estancia en la Casa de Espera Materna estará contemplada en el Plan de Parto.

El tiempo de estancia de la madre gestante en la Casa de Espera Materna es variable, según las experiencias previas el promedio son dos semanas antes de la fecha probable de parto, aunque a veces puede suceder que desconocen esta fecha, por lo que pueden extender su estancia. Para tener una idea les presentamos la experiencia de la Casa Materna de Paruro en este aspecto:

Promedio de estancia en la casa de espera de Paruro (2000 – 2003)

Año	Gestantes Alojadas	Promedio de Estancia (días)
2000	140	10
2001	82	15.2
2002	56	18
2003	12	10.4

Para asegurar una mayor confianza de la comunidad en la Casa de Espera es necesario que esta estrategia esté articulada a otras ya existentes, por ejemplo el sistema de vigilancia comunal.

PASO 1: Articulación al sistema de vigilancia comunal en salud

- a) El sistema de vigilancia comunal que está a cargo de los Agentes Comunitarios de Salud y el Personal de Salud, debe permitir al Establecimiento de Salud tener mapeadas a las gestantes, captarlas para su Control Prenatal e incluso debe permitir al personal de salud organizar un probable cronograma de huéspedes de la Casa de Espera Materna, por lo tanto, el Comité de Gestión y todas las autoridades comprometidas en promover la salud deben fortalecer su funcionalidad, así como los mecanismos de referencia y contrarreferencia con la comunidad.
- b) Es importante apoyar el desarrollo de competencias de los promotores y parteras para el reconocimiento de signos de peligro, la captación de nuevas gestantes y el seguimiento del control prenatal, en este caso el personal de salud coordina con el agente comunitario un rol de visitas para el seguimiento a las gestantes. Esta vigilancia permite una oportuna captación y referencia de gestantes a las Casas de Espera Materna.
- c) Es importante promover el uso del **plan de parto** durante la vigilancia comunal, ya que es una herramienta que permite registrar datos e información de los controles del embarazo, así como la planificación de las necesidades de la gestante, sus preferencias para el parto. También permite que la familia se organice y tome provisiones para recibir al bebé. Este plan de parto será de gran utilidad, porque nos provee toda esta información importante para la atención de la madre y el niño.

PASO 2: Flujo de referencia y contrarreferencia con la comunidad y los Establecimientos de Salud

Una Casa de Espera Materna puede estar ubicada de tal manera que permita el acceso a las familias de un conjunto de puestos y centros de salud, quienes derivan sus gestantes trabajando todos como una gran red para coordinar las actividades de organización, captación y atención de la casa.

La Casa de Espera Materna debe mantener una coordinación muy estrecha con el establecimiento de salud de referencia. Es necesario, que toda gestante deba ser evaluada por el personal de salud de éste establecimiento, quien determina por criterios técnicos el ingreso de una gestante a la Casa de Espera Materna. Para ello se deberá:

- Coordinar con las autoridades comunales y los agentes comunitarios de salud para la referencia y el **traslado oportuno de las gestantes de la comunidad al establecimiento de salud.**
- **El establecimiento de salud** establece la referencia de la gestante a la Casa de Espera Materna para su alojamiento, cuando se determina la cercanía a la fecha de parto o la necesidad de que la gestante sea controlada continuamente.
- La persona Responsable de la administración y atención en la Casa de Espera debe reforzar la motivación de la gestante para su atención en el establecimiento de salud, y durante la estancia de la gestante debe organizar

alguna visita a la sala de parto donde se atenderá.

- Cuando por alguna circunstancia la gestante inicia la labor de parto en la Casa de Espera Materna, la persona Responsable de la administración y atención debe coordinar con el personal de salud el traslado de la gestante para su atención en el establecimiento de salud en condiciones apropiadas a su estado de salud y apoyados por el familiar.
- Una vez atendida la gestante y dependiendo del origen de la referencia, el establecimiento de salud debe asegurar Hojas de Contrarreferencia dirigidas al Establecimiento de Salud de origen y al Agente Comunitario de Salud de la comunidad de la puérpera, con la finalidad de reforzar algunas indicaciones; por ejemplo, volver para el control de la madre y de su niño o ante el reconocimiento de señales de peligro del puerperio y del recién nacido.
- Los familiares y el personal de salud, pueden coordinar para brindar facilidades a la puérperas que por alguna razón deban permanecer en la Casa de Espera Materna después del parto, hasta que puedan retornar a sus hogares

PASO 3: Aspectos de gestión (registros, reportes, ingresos y egresos)

Sobre Ingresos y el Registro de Mujeres Alojadas

Cuando una nueva gestante hace su ingreso a la Casa de Espera Materna, la persona Responsable de la administración y atención es la encargada de darle la bienvenida, mostrarle los ambientes y ayudarla en su instalación.

Por cada gestante que ingresa a la Casa de Espera Materna debe llenarse un Registro de Mujeres Alojadas (ver Anexo N° 6), todas las gestantes deben ser registradas sin ninguna excepción.

En el Registro de Mujeres Alojadas deben consignarse datos como fecha de ingreso, nombre de la gestante, edad, lugar de procedencia, números de embarazo, tiempo de embarazo y el diagnóstico de ingreso-que debe ser dado por el establecimiento de de salud referencia- datos de la pareja o acompañante. Si el acompañante no se queda o viene sola, debemos saber quien será el familiar contacto, las cosas que trae. En este registro también deben consignarse datos respecto a la ocurrencia del parto cuando corresponda.

El personal responsable de la Casa, debe marcar el registro a manera de lista de chequeo por cada día de estancia de la gestante, así como señalar brevemente si hubo algún suceso especial con la gestante en éste día, como por ejemplo: “control prenatal”, “más hinchazón de piernas”, etc.

Sobre el egreso

El personal de salud es quien determina el egreso de una mujer luego de la atención del parto. Sin embargo, la puérpera podría quedarse algunos días más en la Casa de Espera Materna por razones personales, esto puede ser coordinado por el personal Responsable de la Casa. Lo importante es que ningún egreso debe hacerse antes de que el personal de salud lo autorice, quien además deberá entregar al familiar o la gestante la contrarreferencia comunal.

Cuaderno de reportes

El Responsable de la Casa debe mantener al día un cuaderno de reporte diario, donde sintetice cuantas mujeres estuvieron alojadas cada día, cual es su condición: gestante o puérpera, si hubieron ingresos o egresos, que otras actividades se desarrollaron ese día: talleres, charlas, reuniones, etc., así como se señale cualquier suceso importante dentro de la Casa de Espera.

Las instalaciones de la Casa de Espera, también pueden ser usadas para actividades educativas que benefician a otras mujeres o sus familias. Excepcionalmente, se podría hospedar a otras personas de la comunidad que por alguna razón no puedan volver a su comunidad por ser distante, siempre y cuando se dé la prioridad a las gestantes y se resguarde la integridad de las instalaciones.

De esta forma la Casa de Espera Materna, puede convertirse en un importante punto de encuentro que a su vez permite una mayor difusión de la misma.

PASO 4: Programa de comunicación educativa de la Casa de Espera

La Casa de Espera Materna debe permitir superar las barreras de inaccesibilidad geográfica entre los servicios de salud y las usuarias, pero también nos ayuda a superar parte de las barreras culturales, lo que se verá reforzado si además tenemos servicios de salud maternos de referencia adecuados de acuerdo a la cultural local.

Esta mejor comprensión del contexto cultural local, debe permitir al personal de salud organizar una estrategia de comunicación educativa orientada a la introducción de nuevas prácticas saludables o el cambio de comportamientos basado en la interculturalidad, esto implica la disposición para cambiar prácticas tanto en la oferta como en la demanda:

- a) Si el establecimiento de salud tiene organizado un Plan de Comunicación Educativa, las actividades destinadas a promover el uso de la Casa de Espera deberían formar parte de éste, así como todas las actividades educativas desarrolladas durante la permanencia de las familias en la Casa de Espera. Para su formulación sugerimos revisar el Anexo N° 9, que nos ofrece algunas ideas comunicacionales claves.
- b) Un Plan de Comunicación Educativa destinado a promover el parto institucional y el uso de la Casa de Espera Materna puede incluir algunas de las siguientes actividades:
 - Comunicación interpersonal: visitas domiciliarias y consejerías negociadas, etc.
 - Comunicación masiva: spots, radionovelas, pasacalles, etc.
 - Comunicación comunitaria: sesiones educativas con el enfoque de educación para adultos, grupos de apoyo, tómbolas, teatro, asambleas comunales, talleres con varones, etc.

En cuanto a los contenidos de los Programas Educativos para las gestantes, el esposo y familiares de la gestante hospedada, además de los temas propios de salud materno perinatal, se deberían desarrollar temas como:

- Derechos en salud
- Derechos del niño
- Cuidados de la madre y el niño RN

- Estimulación temprana
- Salud Mental y Cultura de paz
- Higiene, Alimentación y Nutrición Saludable
- Habilidades para la vida

PASO 5: Actividades para el sostenimiento de la Casa de Espera

La Casa de Espera debiera ofrecer a la gestantes y su familia la oportunidad de realizar algunas otras actividades que harían más productivo el tiempo de espera de las gestantes, tales como talleres de actividades manuales, así como participar de las actividades productivas que se hayan gestionado, además de las actividades educativas programadas

- a) Se pueden organizar talleres de manualidades: tejidos, bordados, hilados; actividades agropecuarias: biohuertos, crianza de animales menores (cuyes), piscigranja. La organización de algunas de éstas actividades requiere de asesoría externa y algún financiamiento.
- b) En cuanto a un biohuerto, puede gestionarse su formación con los representantes locales del Ministerio de Agricultura (Ver Anexo N° 10). Este sería de gran utilidad no sólo educativa sino que permitiría resolver el problema de disponibilidad de micronutrientes en los alimentos de la Casa de Espera, cultivando por ejemplo algunas hierbas y verduras y favorecer el hábito del consumo de estas fuentes de micronutrientes en las gestantes y sus familiares.
- c) En cuanto a la crianza de animales menores, también requiere asesoría de técnicos y en cuanto al financiamiento, esto dependerá del compromiso de instituciones auspiciadoras de la Casa de Espera Materna y de la capacidad de gestión del Comité. Esta actividad podría estar ligada a una actividad no sólo de sostenimiento, sino productiva.
- d) También pueden utilizarse el espacio de la Casa de Espera Materna para actividades que pueden contribuir a promover comportamientos saludables en la población, basados en el interaprendizaje pero que requieren mucho más del tiempo que lo que significa la estancia de una gestante en la Casa de Espera, como por ejemplo:
 - Organización del grupo de apoyo comunitario de gestantes.
 - Sesiones demostrativas en nutrición.

Se recomienda que si el establecimiento de salud tiene organizados estos grupos de interaprendizaje invitar a las gestantes alojadas en la Casa de Espera Materna a participar en estas reuniones para motivarlas y quizá integrarlas al grupo o recoger algunos aprendizajes para llevar una vida más saludable.

FASE V: MONITOREO Y EVALUACION DE LA CASA DE ESPERA MATERNA

El Ministerio de Salud ha establecido indicadores para el monitoreo de los Programas de Municipios y Comunidades Saludables, Familias y Viviendas Saludables, los mismos que se detallan en las Guías Metodológicas para la implementación de dichos programas, por lo que los indicadores para el monitoreo y evaluación de la Casa de Espera se enmarcan en ellos.

- a) En cuanto al **monitoreo**, se usará el Plan de Acción del Proyecto Casa de Espera Materna, como una herramienta de monitoreo, que permitirá indagar sobre los avances y dificultades de las actividades allí propuestas. Se podrá utilizar la propuesta de metodología e instrumento de monitoreo que propone el Programa de Familias y Viviendas saludables²². Lo ideal es que en el lapso del año se reúnan periódicamente el pleno del Comité de Gestión y autoridades que participaron en la planificación y gestión del Proyecto, para hacer el monitoreo del plan.
- El interés del monitoreo debe estar centrado en como mejorar la gestión de la Casa de Espera, por lo que no se debe buscar culpables, sino identificar los problemas para discutir posibles soluciones y así alcanzar la sostenibilidad de la Casa de Espera.
 - Pueden promoverse anualmente reuniones o asambleas donde se presenta el balance de gestión y se hace una rendición de cuentas.
- b) En cuanto a la **evaluación**, proponemos se realice tal como se nos sugiere en la Guía de Municipios Saludables:²³ de tipo participativo, donde los actores claves están involucrados en todas las etapas del proceso desde el diseño, implementación, ejecución, interpretación y toma de decisiones sobre la evaluación y sus resultados; es importante considerar la incorporación de las lecciones aprendidas.

Implica la utilización de técnicas participativas que nos permitan determinar los logros del proyecto y compararlos con los que se habían propuesto, cuya medición a través de los Indicadores de Procesos y Resultados que se propone (Ver Tabla N° 1) estará a cargo del personal de salud. Utilizaremos los informes de monitoreo y el de seguimiento del cumplimiento de los indicadores, y podemos complementarlo con información comunal recogida a través de dos mecanismos:

Reuniones de evaluación, para ello podemos convocar a una asamblea comunal para realizar la evaluación de la Casa de Espera Materna, contando con la participación de todos recogemos las percepciones de la comunidad sobre la Casa de Espera, indagando sobre los aspectos que consideran que han sido logros alcanzados y los aspectos que se deben mejorar, a partir de su propia experiencia o de lo que han escuchado en la comunidad.

Encuestas a las usuarias: para determinar satisfacción de su estancia y atención recibida, para ello podemos elaborar una encuesta de satisfacción de usuarias (Ver Anexo N° 11), y aplicarla de manera permanente. Esto permitirá detectar problemas en el servicio que brinda la Casa de Espera Materna y poder superarlos. De preferencia el Consejo de Vigilancia será el responsable de su análisis periódico y presentar las conclusiones, por ejemplo en la asamblea comunal de evaluación.

²² Sección ¿Cómo se monitorea el Plan de Promoción de la Salud de familias y viviendas? de la Guía de Implementación del Programa de Familias y Viviendas Saludables, MINSA 2005, pp 65.

²³ Quinta fase de la Guía de Municipios Saludables de la Dirección General de Promoción de la Salud, MINSA, 2005

Tabla N° 1
Indicadores de Procesos
según fases del Proyecto Casa de Espera

FASES	PROCESOS	INDICADORES	RESPONSABLES DE EVALUACIÓN	INSTRUMENTO DE VERIFICACION
FASE DE SENSIBILIZACION	1. Comunidad organizada sensibilizada con la implementación de la Casa de Espera.	80% de comunidades organizadas se integran al Comité de Gestión de la Casa de Espera Materna.	Microrred y EESS	Actas de acuerdos y compromisos
	2. Comité Multisectorial de Municipio y Comunidad Saludable o Espacio de Concertación o su similar, sensibilizado y comprometido con el proyecto de la Casa de Espera .	Conformación del Comité de Gestión de la Casa de Espera (sea que asumido por el Comité Multisectorial del Municipio y Comunidad Saludable o Espacio de Concertación o su similar)	DISA, Red y Microrred	Actas de acuerdos y compromisos
	3. Municipalidad comprometida.	Ordenanza Municipal que compromete a la Municipalidad en la implementación de la Casa de Espera.	DISA Red	Ordenanza
FASE DE PLANIFICACIÓN	1. Elaboración del Proyecto de Casa de Espera de manera participativa.	Proyecto de Casa de Espera elaborado con la participación de representantes de las diferentes autoridades, instituciones y organizaciones comunitarias.	DISA Red	Proyecto de Casa de Espera
	2. Incorporación del proyecto en el Plan Local Concertado de la Municipalidad.	Ordenanza Municipal que reconoce la incorporación del Proyecto al Plan Local Concertado	Red Microrred	Plan Local Concertado
FASE DE ORGANIZACION	1. Comité de Gestión asume las diversas funciones señaladas en la fase de organización según la guía de implementación de Casa de Espera Materna.	Designación de una persona responsable de la administración y atención en la Casa de Espera Materna Consejo de vigilancia de la Casa de Espera Materna instalado y activo	Red Microrred	Cuaderno de actas del Comité de Gestión/ Actas de acuerdos y compromisos

FASE DE EJECUCIÓN	1. Casa de espera materna implementada con financiamiento del Gobierno Local y la Comunidad.	60% de costos de implementación de la Casa de Espera Materna es asumida o gestionada por el Gobierno Local y 30 % por la Comunidad.	Comité de gestión DISA	Plan Local Concertado, Actas de acuerdos y Convenios firmados
	2. Alimentación de las gestantes y sus familias de la Casa de espera tiene asegurado el financiamiento por gestión del Comité.	60 % de la alimentación de las huéspedes de la Casa de Espera Materna es asumido por el gobierno local o las organizaciones de base	Comité de gestión DISA Red	Plan Local Concertado, Convenios firmados
	3. El sostenimiento de la Casa de Espera se encuentra implementado y funcional.	60% de actividades de sostenimiento de la Casa de Espera son incluidos en los Planes locales concertados y Presupuestos participativos.	Comité de gestión DISA Red	Plan Local Concertado Actas de acuerdos y compromisos

**Indicadores de Resultados
Asociados al uso de la Casa de Espera**

INDICADORES DE RESULTADOS	PERIODICIDAD	FUENTES/REPORTES
Incremento de partos institucionales de usuarias procedentes de zonas geográficas inaccesibles	MENSUAL	Consolidado de partos institucionales/ Registro de ingreso a la Casa de Espera
Disminución de muertes maternas perinatales por causas asociadas a la accesibilidad geográfica	SEMESTRAL/ ANUAL	Reporte de Muertes Materno Perinatales evitadas/ Registro de ingreso a la Casa de Espera
Incremento de gestantes con riesgo social (madres solteras, abandonadas, enfermas, etc.) alojadas en la Casa de Espera Materna	SEMESTRAL/ ANUAL	Registro de ingreso a la Casa de Espera

ANEXOS

- Anexo 1: Consolidado de Casas de Espera del Perú
- Anexo 2: Modelo de Gestión de la Casa de Espera Materna
- Anexo 3: Instrumento N° 1, Reunión de Sensibilización con Personal de Salud
- Anexo 4: Instrumento N° 2, Taller de Sensibilización con Actores Sociales
- Anexo 5: Costos de implementación y operativos de la Casa de Espera Materna
- Anexo 6: Registro de Mujeres Alojadas
- Anexo 7: Modelo de reporte diario
- Anexo 8: Características de una vivienda saludable
- Anexo 9: Algunas ideas comunicacionales
- Anexo 10: Algunas ideas claves sobre biohuertos
- Anexo 11: Encuesta de satisfacción de usuarios

Anexo 1:

CONSOLIDADO DE CASAS DE ESPERA A NIVEL NACIONAL-2005

REGION	RED	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINO	INFORME DE EVALUACIÓN	TOTAL	AMBITO DE EJECUCION	FINANCIAMIENTO	LOGROS	DIFICULTADES
Cajamarca	Cajabamba	1998, Proyecto PASA	Desde 2000 al 2004 con Unicef	Si	12	Cajabamba	UNICEF	parto institucional	sostenibilidad, pago de alquiler y servicios básicos
	Cajabamba	1998	Continúa	No	2	MR, José Sabogal y San Marcos	Gob. Regional(al principio)Centro de Salud y asociación de promotores	reducción de la mortalidad materna, muertes maternas evitadas	Deserción de agentes comunitarios, cambio del personal que lidera el proceso, retraso en el pago del alquiler por parte de la municipalidad
Cajamarca/Curtervo		Set, 2002	Continúa	No	8	MR, Cutervo, La Capilla, Sócota, Querocotillo, Santo Tomás, Chiple, La Ramada	No refiere	No registra	Está pendiente la evaluación, no cuenta con código SNIP
Amazonas	Bagua	feb-05	Continúa	No	1	MR Nieva	Care-Peru	No registra	Sostenibilidad financiera
		2001	2003	No	0	Comunidad Galilea	Unicef	Incremento de partos institucionales	Sostenibilidad financiera
		2001	2003	No	0	Kandungos	Unicef	Incremento de partos institucionales	Sostenibilidad financiera
		2001	2003	No	0	Comunidad Belén	Unicef		
		2001	2003	No	0	Comunidad Alto Yutupis	Unicef		
		2001	2003	No	0	Comunidad Chapiza	Unicef		
		2002	2003	No	0	Comunidad Huampani	Unicef	Construido por comunidad y el apoyo del SIS	Sostenibilidad financiera
		2002	Continúa	No	1	Lonya Grande	Ingresos propios, recursos RDR del establecimiento.	Incremento de partos institucionales	Sostenibilidad financiera

Huanuco	Marañón		Continua		3	Microred, Puños(2) Pachas	ParSalud, algunos municipios, recursos propios	Disminución de la mortalidad materna, participación de las familias	Alimentación
	Huánuco		Continua		22	MR, Yarowilca, Jesus, Baños, Panao, Aparicio Pomares, Huacar, Ambo, Acomayo, Margos, San Rafael, Amarilis			
	Leoncio Prado		Continua		4	MR, Castillo Grande, Pumahuasi, Cayumba			
ICA	No aplica								
Disa III	Churín	2002	Continúa		1	Provincia de Oyón	Hosp, de Huacho-Red Huaura		Económicas- la casa se encuentra dentro del CS
	Churín	2003	Continúa		1	Provincia de Huaura	Hosp, de Huacho-Red Huaura		Económicas- está en local aparte
Apurimac	Abancay	2003	Continua	Nov,2003- 2004	6		Municipio, DISA, comunidad, autogestionario	Incremento de parto institucional, mejora del acceso de las gestantes al EESS, reducción de complicaciones obstétricas neonatales	Peligra la sostenibilidad por falta de alimentos sugieren mejorar la participación de la familia y comunidad
	Red Grau	2003	Continua	Nov, 2003- 2004	7		Municipio, DISA, comunidad, autogestionario	Incremento de parto institucional, mejora del acceso de las gestantes al ES, reducción de complicaciones obstétricas neonatales	falta de alimento
	Red Grau- Cotabambas	2000	Continua	Nov, 2003- 2004	11		Municipio, DISA, comunidad, autogestionario	Incremento de parto institucional, mejora del acceso de las gestantes al ESS, reducción de complicaciones obstétricas neonatales, participación del esposo, familiares, partera, monitoreo por personal de salud,	Falta de alimentos,

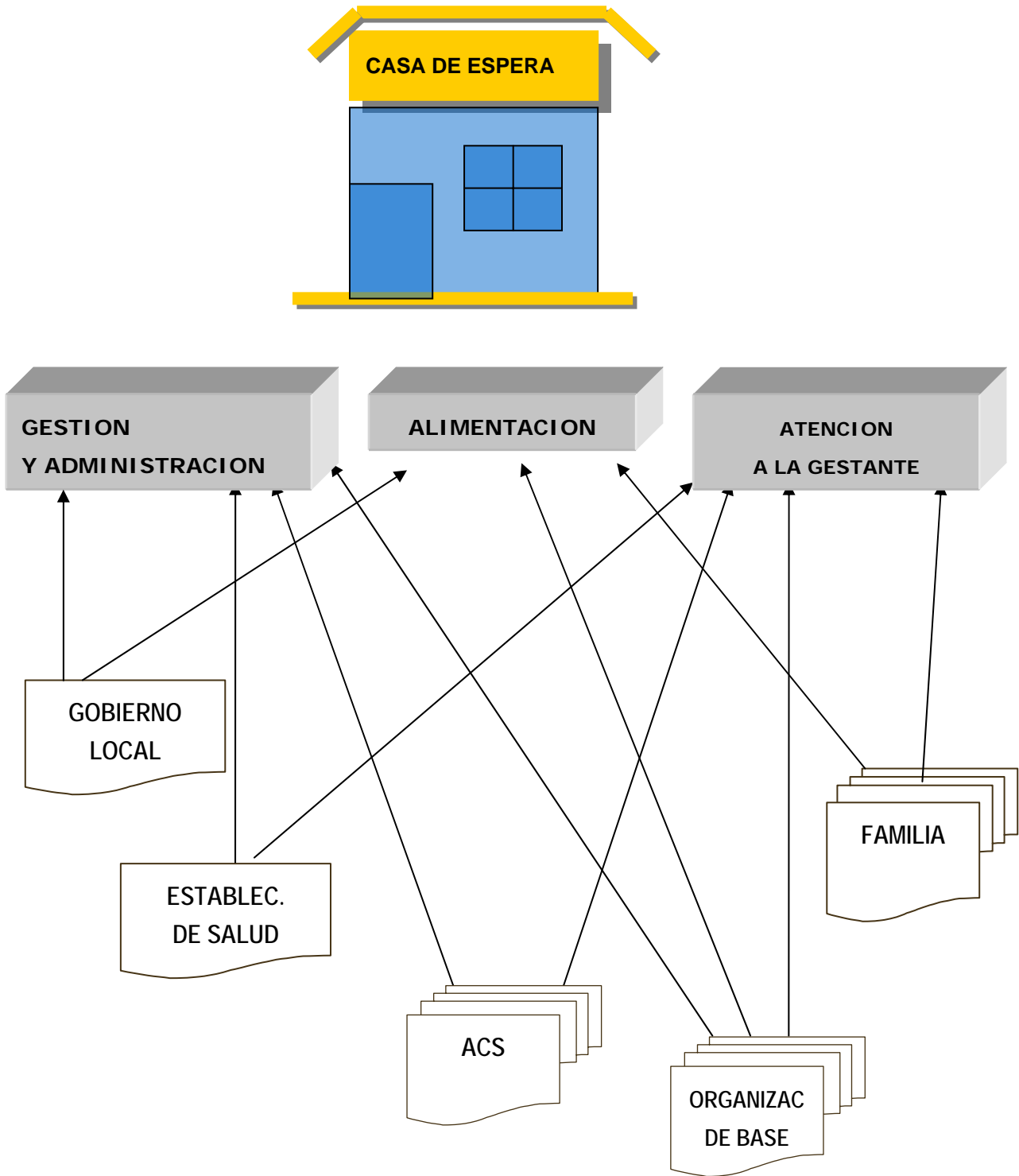
Disa II	Red Cañete Yauyos-MR, Yauyos	2000	Continua	No tiene	1		Red de SS de Salud Cañete Yauyos	Aceptación de la gestante y de la población de los anexos	Idiosincrasia de la gestante de la sierra, poco compromiso del gobierno local, no se realiza alimentación de las gestantes,
		2004	Continua	No tiene	1		Red de SS de Salud Cañete Yauyos, Alcaldía	Aceptación de la gestante y de la población de los anexos	Idiosincrasia de la gestante de la sierra, poco compromiso del gobierno local, no se realiza alimentación de las gestantes,
	Red Cañete Yauyos-miocrored, Catahuasi	2004	Continua	No tiene	1		Mesa de concertación con las autoridades locales y personal de salud	Aceptación de la gestante y de la población de los anexos	Idiosincrasia de las gestantes.
Andahuaylas	Cabecera de Microred Talavera	2000	Continúa	Si	6	MR, Talavera, San Jerónimo, Pacucha, Huaccana, Uripa, Kisuará, Andarapa, Huancaray,	SIS-RO muy limitados, algunas gestantes traen productos de la zona	sensibilización de parto seguro y limpio, gestantes monitorizadas desde las 37 sem, referencia oportuna,	Falta de presupuesto, local alquilado. Tiempo de estadía es mayor de 10 días,
Madre de Dios	No tiene casas de espera								
Lambayeque	Salas	No reporta	Continúa	No	1	MR, Salas	Autofinanciado por MR, Salas y comunidad		
Arequipa	No aplica								
Cuzco	Red Canas Canchis Espinar, Provincias: Canas, Canchis, Espinar, Chumbivilcas.	2003	Continúa	No	24	Distrito Marangani, Combapata, Sicuani, Descanso, Espinar, Yauri, (PS Condoroma) Huayhuahua si, Urinsaya, Ocoruro, Alto pichigua (Acocunga) Pichingua (San Miguel)	Recursos propios, municipalidad, comunidad, Unicef (Programa "Crece Sano")	acceso de gestantes d comunidades alejadas, incremento del parto institucional,	indiferencia de autoridades, factores climatológicos, transporte, falta de implementación

	Red La convención				10				
	Red Cusco Norte, Provincia: Anta y Calca				6				
	Red Cusco Sur, Provincias: Acomayo, Chumbivilcas, Paruro, Paucartambo, Quispicanchi				42				
San Martin	No tiene casas de espera								
Disa I Callao	No tiene casas de espera								
Huancavelica	Red Tayacaja	2004	Continúa	No	2	Microrred San Isidro de Acobamba,MR Churcampa(Localidad Surcubamba,Anco)	Cantratación de comunidad, Implementación de Reprosalud	Alojamiento de 20 gestantes con parto institucional por mes(por cada casa)	Alimentación
	Red Huancavelica	2003	Continúa	No	2	Microrred Izcuchaca, Yauli (localidad Nuevo Occoro y Ccarhuacc)	Comunidad, personal de salud, Reprosalud	Alojamiento de 20 y 30 gestantes respectivamente	Alimentación, mejoras en la infraestructura,
	Red Acobamba	2002	Continua	No	2	Microrred Paucará (localidad Huayanay y Paucará)	Comunidad, Reprosalud	Alojamiento de 100 y 90 gestantes aprox, durante un mes)	Alimentación
La Libertad	Red Sánchez Carrión	2002	Continúa	No	1	Puesto de Salud , Aricampapa y Cochabamba, Localidad de Cochabamba	Autofinanciado por la localidad y el EESS	Incremento del parto institucional, oportunidad para estrechar el servicio de salud con la comunidad con la participación de los agentes comunitarios de salud,	Desconfianza en el servicio(para el SIVICO la dificultad es la sistematización de la experiencia para otros ámbitos de la DISA,

DISA IV Lima Este	Red Huarochirí	se viene realizando coordinaciones con el Centro de Salud Huarochirí y Ricardo Palma							
Loreto	Red Alto Amazonas	2002	Continúa	si, en 2004	1	gestantes y puérperas y niños menores de 5 desnutridos de la localidad de la Provincia del Alto Amazonas, Yurimaguas	ONG Misionari Ventures		
Piura I		1993	Continúa	No	1	Distrito de Frías	Cobertura con Calidad y Centro de Salud	Prevención de la morbilidad en la gestante,	Sostenibilidad(se está gestionando con municipio)
	Red Huancabamba	1993	Continúa	No	1	Distrito de Huancabamba, Sondor, Sondorillo, Carmen de la frontera)	Cobertura con Calidad y Centro de Salud	Prevención de la morbilidad en la gestante,	Sostenibilidad(se está gestionando con municipio)
	Red Huarmaca	2003	Continúa	No	1	Distrito de Huarmaca	Cobertura con Calidad y Centro de Salud	Prevención de la morbilidad en la gestante,	Sostenibilidad(se está gestionando con municipio)
Piura II		2003	Continúa	No	2	Distrito de Suyo y Tambogrande	Municipalidad, Recursos propios, PRONAA	Prevención de la morbilidad en la gestante,	Machismo, poco interés de la comunidad, barreras económicas para el desplazamiento de la gestante, sistema de referencia y contrareferencia,

Puno	Red llave, Juliaca, Melgar, Huancané, Carabaya, Sandia, Chucuito,	Desde 1997(en llave)1999 (en Melgar) y el resto desde 2002	Continúa	No	20	Hospitales: llave, San Román, Macusani; Distritos de: Azángaro, Ayaviri, Orurillo, Muñoa, Crucero, Ananea, Huancané, Copani, Sandia, San Juan del Oro, Huacullani (3 casas)	Recursos Propios, Comunidad Europea(MR, Cruzero)	Aceptación de las gestantes y familiares, participación del entorno familiar, Incremento del parto institucional,	Alimentación, falta de local propio, continuidad en el compromiso,
Tacna	No tiene casas de espera								
Ucayali	No tiene casas de espera, pero la comunidad Shipiba ha instalado una casa comunal para sus familias en coordinación con la municipalidad de Aguaytía,								
Ancash	No envió informe	según informe al 2003			2				
Ayacucho		3 casas empezaron el año 2002,y en 2004 y 2005, se implementaron 16 casas con apoyo del Par Salud,	Continua	No	19	CS, de Vilcashuaman, Tambo, San Francisco,Sivia, Puquio, Coracora, Pausa, Huancapi, Cangallo, Querobamba, Huancasancos, San Miguel, San Martin, Ocros, Pinchos, Pitahua, Huanta, Acosvinchos, Chuschi	ParSalud, SIS RDR, Comunidad	Incremento del parto institucional	Sostenibilidad en la alimentacion
Junín		desde el 2002	Continua	No	7	Comas, Lampa, San Luis de Shuaro, Sicaya, Santo Domingo de Acobamba, Perené	SIS, PASA	Incremento del Parto institucional	Sostenibilidad
TOTAL	221								

Anexo 2:
Modelo de Gestión de la Casa de Espera Materna.



Anexo 3:

Instrumento N° 1: Reunión de sensibilización con Personal de Salud

Objetivo:

Sensibilizar al personal de salud en la importancia de implementar una Casa de Espera Materna, estrategia que facilitará el acceso de las gestantes para un parto institucional

Preparación:

El responsable de Promoción de la Salud en coordinación con el responsable de la Etapa Adulto o del Comité de prevención de muerte materna, convocará para la reunión a todo el equipo de salud del establecimiento o los establecimientos de salud que van a trabajar coordinadamente

Materiales:

Papel sábana, plumones gruesos, cinta maskintape, fotocopias de guías y material impreso (información estadística y estudios de caso de muertes maternas).

Metodología:

La reunión durará aproximadamente cuatro (4) horas. Consta de dos partes de realización: una primera parte de análisis del problema de la muerte materna y perinatal y un segundo momento de abordaje estratégico para la implementación de la Casa de Espera.

Durante el desarrollo de la reunión se promoverá la participación de todos los presentes y para ello se formarán grupos de trabajo.

Se recomienda entregar a los participantes convocados un ejemplar de la Guía de Implementación de la Casa de Espera Materna

Desarrollo:

- a. *Registraremos la asistencia del personal convocado.*
- b. *Se inicia la reunión explicando los objetivos y la importancia de la reunión.*

Primera parte de la reunión:

- c. Exposición-Diálogo Tiempo estimado: 30 minutos

El responsable de salud materna expone brevemente los indicadores en salud materno perinatal del EESS en los tres últimos años, con énfasis en la cobertura del parto institucional, número de complicaciones obstétricas y muertes maternas, así como el impacto social de la muerte materna. Si hubieran estudios cualitativos locales al respecto también son presentados.

A partir de esta presentación se invita a los participantes a analizar el problema del establecimiento de salud: lograr que las gestantes tengan un parto institucional, y formulan sus principales causas.

Utilizando un papelote el facilitador organiza un listado con los aportes, paso seguido y con la participación de todos intenta clasificarlos, analizando si la causa es de orden social, cultural o geográfico

- d. Lluvia de ideas Tiempo estimado: 15 minutos

Ahora invita a los participantes a realizar una lluvia de ideas para mencionar las diferentes estrategias que el establecimiento de salud ha desarrollado para enfrentar este problema: puede ser adecuación cultural de la atención del parto, visitas domiciliarias, sistemas de vigilancia comunal, campañas comunicacionales, etc. Los anota en una columna al costado de las causas.

e. Trabajo en grupos

Tiempo estimado: 30 minutos

Enseguida generamos una discusión-balance acerca de la efectividad de estas estrategias en relación a cada una de las causas del problema.

Se forman grupos de 4 ó 5 personas, cada grupo elige un moderador y un secretario, el primero para dirigir la discusión y el segundo para tomar apuntes de las intervenciones y conclusiones del grupo.

f. Plenaria

Tiempo estimado: 30 minutos

El facilitador dirige la plenaria, cada grupo presenta sus conclusiones y utilizando un papelote se anotan las conclusiones de los aportes del plenario y se coloca en un lugar visible. En este momento proponemos un intermedio en la reunión.

Segunda parte de la reunión:

g. Exposición-Diálogo

Tiempo estimado: 30 minutos

El responsable de Promoción de la Salud, hace una introducción de los Enfoques y Estrategias que el Modelo de Abordaje que Promoción de la Salud promueve y, presenta la propuesta de Implementación de una Casa de Espera Materna en la localidad, como una oportunidad para generar la participación social, así como hacer incidencia para organizar la vigilancia de la salud materna y se busca generar un dialogo entre los participantes para intercambiar impresiones sobre la propuesta.

h. Trabajo en grupos

Tiempo estimado: 45 minutos

Formaremos los mismos grupos de trabajo anteriores para discutir la factibilidad del proyecto y cómo lo implementaremos en nuestra localidad.

El facilitador presentará la siguiente matriz con las preguntas orientadoras para el debate:

Factibilidad del proyecto Casa de Espera Materna

¿Qué fortalezas y debilidades tenemos para implementar el Proyecto Casa de Espera en el establecimiento?	¿Cómo se articula esta propuesta con las acciones del Comité Técnico del Sector Salud para Municipios y Comunidades Saludables?	¿Cómo creen que el Alcalde y los representantes del Comité Multisectorial, o Mesa de Concertación u otra instancia de concertación funcional recibirían esta iniciativa?	¿Cómo iniciaríamos nuestro trabajo?
--	---	--	-------------------------------------

Conclusiones:

i. Plenaria

Tiempo estimado: 45 minutos

Seguidamente daremos inicio a la plenaria, en la que el moderador de cada grupo, expondrá la matriz desarrollada y las inquietudes surgidas en el debate en grupo. Recomendamos hacer un ajuste del tiempo de acuerdo al número de grupos, asegurando que se garantice el intercambio de opiniones.

j. Acuerdos finales

Tiempo estimado: 15 minutos

Al final de la reunión debe ratificarse esta actividad dentro de las prioridades del Comité Técnico de Prevención de Muertes Maternas o el Comité Técnico para Municipios y Comunidades Saludables. También debemos identificar entre el personal de salud participante, quienes se integrarán al Comité Técnico a nivel local para apoyar esta iniciativa, así como se calendarizarán las próximas reuniones para revisar y discutir minuciosamente la Guía de Implementación de Casas de Espera.

Anexo N° 3:

Instrumento N° 2: Taller de sensibilización con Actores Sociales*24

Competencia a alcanzar: Analiza la estrategia de Implementación de la Casa de Espera

BLOQUES TEMATICOS	OBJETIVOS ESPECIFICOS	PROCEDIMIENTO	MATERIALES	TIEMPO ESTIMADO
Bienvenida y presentación del taller	Conocer los objetivos del taller.	<p>Bienvenida y presentación del taller.</p> <p>El facilitador realiza la presentación del taller, enfatizando que lo que se busca es analizar con las autoridades comunales e institucionales la situación de la salud materna perinatal local y, presentarles el proyecto la estrategia de la Casa de Espera Materna, como una estrategia específica para atender el problema de accesibilidad a servicios de salud por factores socio-culturales y geográficos</p> <p>Explicaremos que emplearemos una metodología de trabajo participativa partiendo de sus experiencias.</p>	<p>1papelote o transparencia con la competencia y temas del taller</p> <p>1 juego de tarjetas para las reglas del taller</p>	15 min
Presentación de participantes	Conocer a los participantes	Técnica: Semblanza por parejas y en plenaria.		15 min
Indicadores de Salud Materno Perinatal	Conocer los problemas salud materna perinatal dentro de un enfoque de derechos.	El Personal de Salud presenta los principales indicadores locales en salud materno perinatal: Morbi mortalidad, Coberturas de Atención de gestantes y parto institucional, así como un resumen del ASIS sobre estos temas, o los resultados de los estudios cualitativos locales de percepción de usuarias u otros que hubiesen, que nos explicaran la causalidad de los resultados alcanzados en estos indicadores, haciendo énfasis en las resistencias al parto institucional.	<p>Papelógrafos y plumones</p> <p>ó Equipo Multimedia</p>	30 min
Causas de la inaccesibilidad socio-cultural	Introducción al enfoque intercultural para mejorar la accesibilidad a los servicios de salud.	<p>Técnica : Sociodrama “La Isla”</p> <p>Los participantes son instruidos por el facilitador para realizar la siguiente representación: Un grupo de náufragos varones y mujeres, llegan a una isla del Pacífico y viven la experiencia de un ritual de recepción por parte de los nativos. La ceremonia consiste en un homenaje al soberano, jefe del grupo étnico y en un banquete solemne. La peculiaridad de esto estriba en que las mujeres caminan por la tierra y están prohibidas de pisar la alfombra por donde caminan los varones, así como de sentarse en los asientos de honor. Además deberán dar de comer a sus parejas poniéndoles el alimento en la boca.</p> <p>Esta representación requiere de al menos, 4 parejas conformadas por varones y mujeres, un “rey” y una</p>	<p>Papel periódico o papelotes para hacer la alfombra, coronas, alimentos.</p>	1hora

		<p>mujer de la isla que conducirá toda la ceremonia.</p> <p>Luego el facilitador hace un esclarecimiento de la visión de los nativos de la Isla, acerca de la concepción cultural que encierra esa aparente humillación de las mujeres de la isla: la mujer es considerada un ser especial por ser generadora de la vida, por lo que ellas tienen el privilegio de estar en contacto con todo lo relacionado a lo que da vida como la tierra y los alimentos.</p> <p>Los participantes entonces descubren que el tratamiento dado a las mujeres desde la visión de los nativos posee un contenido profundo y aleccionador, pero que nuestra mirada occidental nos hacía juzgar como injusto</p>		
REFRIGERIO				
	<p>Analiza el problema de la accesibilidad a los servicios de salud principalmente para la atención del parto</p>	<p>Los participantes se dividen en grupos con características homogéneas y:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Escriben en un papelógrafo las sensaciones más fuertes percibidas a lo largo del sociodrama, y reflexionan de las oportunidades de encuentro intercultural en nuestro trabajo. 2) Analizan las causas socio-culturales y geográficas que dificultan el acceso de las gestantes a los servicios de salud, así como sus consecuencias <p>Presentan estos productos en plenaria, intercambian y sacan conclusiones</p>	<p>Papelotes, plumones</p>	<p>1 hora</p> <p>30 min</p>
ALMUERZO				
<p>La Casa de espera</p>	<p>Presentación de la estrategia de Casa de espera</p>	<p>El Personal de Salud promotor de la Casa de Espera presenta la estrategia como una alternativa para facilitar el acceso de las gestantes hacia la red de establecimientos de salud, principalmente de las comunidades más alejadas. Incluye una reseña de la experiencia en el país, sus resultados, los modelos de gestión y los problemas más frecuentes</p>		<p>15 min</p>
	<p>Análisis de aspectos positivos y negativos de la estrategia en su contexto.</p>	<p>Técnica:</p> <p>Estudio de casos: Casas con diferentes tipos de gestión</p> <p>Los participantes se dividen en tres grupos y analizan los principales factores que influyeron en el éxito o fracaso de su caso: sociales, culturales, económicos, organizativos, etc.</p> <p>En plenario se presentan los casos y el análisis realizado por grupos.</p> <p>Entre todos se aporta profundizando en el análisis de las causas y se llegan a conclusiones</p>	<p>Papelotes, plumones, cartulinas, papel lustre, etc.</p>	<p>1 hora</p> <p>1 hora</p>

	Presentación de Modelo la estrategia de Casa de espera	El Personal de Salud promotor de la Casa de Espera presenta el modelo de gestión propuesto en la presente Guía, incluyendo los principales componentes necesarios para su implementación		15 min
REFRIGERIO				
	Análisis e incorporación de la estrategia en nuestra localidad	<p>En plenaria y con la técnica de lluvia de ideas se analiza discute:</p> <p>Pertinencia del proyecto en nuestra localidad</p> <p>Cómo asumir el modelo organizativo propuesto?</p> <p>Analizar la pertinencia de conformar o no un Comité de Gestión</p> <p>Qué debemos hacer entonces? Quiénes y cómo se comprometen?</p> <p>Con lo recogido el facilitador apoya al grupo para organizar algunas líneas de orientación para lo que sería el plan de trabajo con un cronograma y actividades para la implementación de la Casa de Espera Materna en la jurisdicción.</p> <p>Se firma un Acta de Compromiso (ver modelo Guía de Municipios Saludables)</p>	Papelotes, plumones, cartulinas, papel lustre, etc.	1 hora
CLAUSURA				

Anexo 4:
**ESQUEMA PARA EL DISEÑO DEL PROYECTO
 DE LA CASA DE ESPERA MATERNA COMUNAL**²⁴

1. Nombre del Proyecto

2. Ubicación:

Comunidad o barrio:
 Distrito/Provincia:
 Región:

3. Duración del proyecto:

Fecha de inicio:

Fecha de término:

4. Beneficiarios:

(N° de familias que se verían beneficiadas con la casa de espera)

5. Justificación:

(Se indican los principales problemas que buscamos resolver, indicando las causas y consecuencias del problema, un ejemplo de problema puede ser "Bajas coberturas del parto institucional")

6. Objetivo general y específicos:

(Indicar que esperamos lograr con la implementación de la Casa de Espera Materna)

Por ejemplo:

Objetivo General: Facilitar el acceso de las gestantes para la atención del parto en el Centro de Salud "X"

Objetivo Específico 1: Captar el 50% de las gestantes de la jurisdicción

Objetivo Específico 2: Desarrollar actividades educativas con las gestantes hospedadas

Objetivo Específico 3: Organizar un biohuerto para propio consumo de las gestantes

Objetivo Específico 4: Organizar un proyecto de generación de ingresos sobre crianza de animales.

7. Actividades y cronograma:

(Identificar por cada objetivo específico las actividades a realizar y cuando serán realizadas)

Objetivos Específicos	Actividades	Cronograma					
		En	Fe	Ma	Ab	My	Jn
Objetivo Específico 1	1.						
	2.						
Objetivo Específico 2	1.						
	2.						
Objetivo Específico 3	1.						
	2.						
Objetivo Específico 4	1.						
	2.						

²⁴ Adaptación del Modelo para el Diseño de Perfiles de Proyectos, Guía de Reorientación del PEDL para la Estrategia de Municipios Saludables de Catalyst Consortium/Pathfinder International, 2004

8. Recursos necesarios:

¿Con qué contamos en nuestra localidad para ejecutar el proyecto?

HUMANOS	MATERIALES	INFRAESTRUCTURA	OTROS

¿Qué nos falta para ejecutar la iniciativa?

HUMANOS	MATERIALES	INFRAESTRUCTURA	OTROS

9. Presupuesto y financiamiento

(Este cuadro deberá ser llenado valorizando los requerimientos)

Rubros (partida)	Unidad de medida	Cant.	Costo Unitario	Total (S/.)	Financiamiento/ Aportes			
					Aporte Municipal	Aporte MINSA	Aporte Comunal	Aporte Solicitado

10. Monitoreo:

¿Quiénes serán responsables de verificar el desarrollo de las actividades?

¿Cada qué tiempo realizarán el informe a los actores locales?

11. Sostenibilidad:

¿Cómo haremos para que el proyecto dure en el tiempo?

Fecha:.....

Anexo 5:

Costos estimados para la implementación de una Casa de Espera Materna

Según la experiencias preliminares implementar una casa de Espera implica una inversión para lo que refiere a los aspectos físicos, ascendente aproximadamente a Tres Mil Quinientos Nuevos Soles o \$1000 dólares, fuera del costo del local que tal vez pudiera ser cedido o gestionado de alguna otra forma, considerar de manera referencial que el gasto de instalación sería mas o menos del siguiente orden:

Recursos necesarios	Costo aproximado
Local comunitario	Cedido o alquilado
Menaje	700 soles
Camas(tarimas)	600 soles
Muebles	800 soles
Arreglos al local	400 soles
Otros	1,000 soles
Total	3,500 soles

Costos operativos mensuales de la Casa de Espera Materna

De acuerdo a los costos locales este podría variar, pero está alrededor de 470 nuevos soles o \$150 dólares, si por ejemplo el gasto mensual fuera como sigue:

Servicios	Costos
Agua	20.00
Luz	30.00
Alimentación (4 personas x S/. 3 x 10 días)	120.00
Combustible	50.00
Limpieza y lavado	100.00
Alquiler de local	150.00
Pago a personal responsable	Según acuerdos y gestiones
Total aprox.	S/. 470.00

Anexo 6: Registro de Mujeres Alojadas

Casa de Espera "El cigüeñal"

Nombre de la madre:.....Edad:.....

G. Instruc.:.....Nº de hijos.....Nº de hijos menores de 5 años:.....

Comunidad de procedencia:.....

Tiempo de embarazo:..... Cuántos controles?.....

Si es púérpera, fecha en que ha dado a luz?.....Viene con RN?.....

Lugar donde ha dado a luz.....

Tiene pareja?:.....Con quiénes vive?.....

Personas que le acompañan:.....

.....

Fecha de primer ingreso:..... Fecha de salida:.....

Persona que autoriza su ingreso.....

Diagnóstico de ingreso:.....

.....

Razones por las que acude a la Casa de Espera

- Vive lejos
- Tiene alguna complicación
- No tiene quien la acompañe en su casa

Otros.....

Cosas que trae, aparte de su vestimenta

.....

.....

.....

Datos del parto: Fecha..... Hora.....

Estado de salud a su salida.....

Persona que autoriza su salida.....

Asimismo, sería importante que en el reverso del Registro de Mujeres Alojadas se tenga un reporte de sucesos durante su estancia, según día de ocurrencia por ej. "Acude a control prenatal", "más hinchazón de piernas", "Derivada al Establecimiento de salud", etc.

Día 1	Día 2	Día 3	Día 4	Día 5	Día 6	Día 7
Día 8	Día 9	Día 10	Día 11	Día 12	Día 13	Día 14
Día 15	Día 16	Día 17	Día 18	Día 19	Día 20	Día 21

Anexo 7:

**Reporte diario del Responsable
de la Casa de Espera**

Toda Casa de Espera Materna debe tener un Cuaderno de Reportes actualizado diariamente, donde se registren los sucesos más importantes de la Casa, en especial con respecto a las gestantes.

Cuaderno de reporte diario	
Nombre del Responsable: _____	Fecha: _____
Ocurrencias del día	
Nº de gestantes del día: _____	Nº de puérperas _____
¿Cuántas acudieron a control en el establecimiento de salud de referencia? _____	
¿Cuántas gestantes fueron referidas para atención de parto? _____	
¿Reingresa o se queda en el establecimiento de salud? _____	
¿Cómo pasaron el día las alojadas? _____	

¿Qué actividades se desarrollaron? _____	

¿Todas consumieron sus alimentos? ¿Problemas anímicos con alguna de ellas? _____	

¿Alguna gestante con molestias? ¿Cuáles? _____	

Si hay puérperas, pasaron bien el día _____	
Como pasó el día el RN _____	
Ocurrencias de la noche	
¿Cómo pasaron la noche las gestantes? _____	

¿Cómo pasaron la noche las puérperas? _____	

¿Presentaron alguna molestia? _____	

Otros sucesos importantes del día: _____	

Firma: _____	

Anexo 8:

Algunos criterios de una vivienda saludable

Un modelo de vivienda saludable podría contemplar los siguientes aspectos:

❖ Entorno físico

✓ Ubicación de la vivienda:

- Accesibilidad a carreteras y centros poblados, que permitan acceso a escuelas, centros de salud y mercados.
- Lejos de fuentes cercanas de contaminación, tales como: minas y relaves, fábricas, rellenos sanitarios.
- Lejos de riesgo inminente en época de lluvias a derrumbes y alúdes, desborde de ríos.

✓ Características de la vivienda

- Uso de material no inflamable
- Iluminación y ventilación, habitaciones con ventanas que permitan una ventilación adecuada y la entrada del sol.

✓ Mantenimiento del ornato de la comunidad

- Limpieza de calles, disposición de basureros.
- Erradicación de animales vagos o callejeros.

❖ Disposición de ambientes

- ✓ Separación de ambientes por actividad humana básica: dormitorios de adultos y niños, cocina, baño, etc.
- ✓ Cocina mejorada: manejo de combustibles ecológicos (briquetas) y canalización del humo (con tubos PVC)
- ✓ Corral para animales, evitar animales vagabundos y contaminación de las calles con sus excrementos.

❖ Saneamiento básico

- ✓ Disposición de fuente de agua segura: agua hervida o clorada
- ✓ Disposición de excretas: uso de letrinas adecuadas
- ✓ Disposición de residuos sólidos: selección de basura orgánica (para usar usarla como abono) e inorgánica (reciclarla o enterrarla)

Anexo 9:

Algunas ideas comunicacionales

Tengamos en cuenta las siguientes etapas en la adquisición de un comportamiento nuevo:

- ❖ Conocimiento, recordación del mensaje, comprensión u habilidad para cambiar la conducta
- ❖ Persuasión, actitud favorable, aceptación, aprobación
- ❖ Decisión, intención de buscar información servicios o nueva conducta
- ❖ Adopción , aplicación de las nuevas habilidades
- ❖ Reafirmación o mantenimiento del comportamiento.

Esto es un proceso progresivo, la adquisición de un comportamiento no es lineal. Analizar cuales son los factores que desencadenan un comportamiento, sabiendo que las personas toman una acción cuando las beneficie, las barreras les inhiben actuar.

Para una mayor eficacia en la promoción de comportamientos saludables, es necesario incorporar el enfoque de planificación estratégica comunicacional y de mercadeo social, que nos permite desarrollar acciones tomando en cuenta la perspectiva del cliente o población objetivo. Una vez comprendida las expectativas de la población objetivo, podemos elegir las técnicas y estrategias más adecuadas que faciliten la comprensión de los contenidos, a nivel individual, familiar y comunal, en los diferentes escenarios. Comprende actividades educativas que hagan sinergia con las actividades de comunicación para ampliar conocimientos en la población y para el desarrollo de habilidades para adoptar las mejores decisiones a favor de su salud.

Podemos identificar tres tipos poderosos de factores claves que determinan un comportamiento:

- | | | |
|--|---|-----------|
| ❖ Consecuencia percibidas
(Qué pasaría si hago esto?) | → | DIVERTIDO |
| ❖ Autoeficacia, destrezas
(Percepción de poder hacerlo o no) | → | FACIL |
| ❖ Normas sociales percibidas
(Percepción de un grupo referencial
acerca de lo que nuestro público objetivo
debe hacer). | → | POPULAR |

Anexo 10:

Algunas ideas claves para instalar un biohuerto

El biohuerto es una oportunidad para mejorar la disponibilidad de las familias de ciertos productos agrícolas y mejorar sus hábitos alimentarios. Para ello debemos buscar la asesoría de algún técnico especialista del Ministerio de Agricultura para asesorar al Comité de gestión o quien va a ser responsable del biohuerto.

Ayudar a las familias a analizar los principales problemas de la alimentación, las prácticas alimentarias y la posibilidad de impulsar huertos familiares manejados por la mujer, el esposo y los hijos.

Introducir la siembra de verduras y hortalizas para facilitar la accesibilidad a fuentes de micronutrientes.

Organizar sesiones de capacitación las cuales deben incluir demostraciones prácticas que resalten las características de un buen huerto y/o granja familiar y la introducción de técnicas apropiadas.

Las familias de la comunidad, con la colaboración del trabajador de campo, desarrollarán planes concretos para mejorar sus huertos.

Actividades

Preparar un curso de capacitación que puede incluir:

- una visita a un huerto modelo, invitando al propietario a dirigir la sesión
- una sesión demostrativa sobre técnicas apropiadas para mejorar el huerto;
- una sesión para finalizar los planes individuales de un huerto familiar;
- organiza los suministros de semillas y otros insumos que se consideren necesarios (abonos);
- promueve visitas de intercambio entre los participantes a los huertos y granjas familiares para discutir las posibilidades de su mejoramiento.

Insumos

Son necesarios: semillas y abono.

Anexo 11:

Encuesta de Satisfacción de Usuarios

(A ser aplicada por los actores sociales)

La sugerencia es que los miembros del Concejo de Vigilancia, que va a estar compuesto por representantes de las organizaciones de mujeres, se puedan organizar y cada mes por ejemplo puedan entrevistar por lo menos a uno o dos madres que hayan usado las instalaciones de la Casa de Espera, antes de que se retiren a su comunidad

La encuesta es anónima, a continuación sugerimos algunas preguntas, cuyas respuestas deben ser anotadas usando las mismas expresiones de la madre.

Casa de Espera: "El cigüeña"

Fecha:.....

Señora , estamos muy interesados en saber como se ha sentido Ud. durante su estancia en esta Casa de Espera, para ello le vamos a hacer algunas preguntas y mantendremos su nombre en reserva. Su opinión es muy valiosa y va a ayudarnos a mejorar la atención.

¿Cuántos días ha permanecido Ud. aquí?

¿Con qué familiares ha estado acompañada?

¿Qué le pareció la Casa de Espera Materna?

¿Hay alguna cosa que le haya incomodado?

¿Cómo estuvo la alimentación?

¿Cómo estuvo la habitación? ¿Estuvo cómoda?

¿Qué es lo que mas le gustó de las instalaciones?

¿En que otras actividades ha participado? ¿Qué le parecieron?

¿Como ha sido el trato de la Sra....(persona Responsable de la atención de la Casa)?

¿Cómo ha sido el trato del personal de salud?

¿Qué es lo que mas le preocupaba mientras estuvo aquí en la Casa de Espera?

¿Qué debería mejorarse en la atención de la Casa de Espera?

Esta entrevista nos permitirá de forma directa identificar cuales son las principales inquietudes de las huéspedes, en que podemos mejorar para asegurarles una mayor calidez y comodidad.

De tal manera que cada trimestre podemos reunirnos y analizar las opiniones en su conjunto y alcanzarle las sugerencias al Comité de Gestión y el Concejo de Administración.

BIBLIOGRAFIA

Ministerio de Salud. *Guía de Funcionamiento de la Casa de Espera*. DGSP, Dirección Ejecutiva de Atención Integral de Salud. Dirección de Salud Mujer Niño y Adolescente. Documento de trabajo, 2000. Lima Perú

Ministerio de Salud. *Guía de Implementación del Programa de Familias y Viviendas Saludables*. Dirección Ejecutiva de Promoción de Vida Sana. Lima-Perú 2005.

Ministerio de Salud. *Guía de Implementación del Programa de Municipios y Comunidades Saludables*. Dirección Ejecutiva de Participación Comunitaria en Salud. Lima-Perú 2005.

Ministerio de Salud. *Las Casas de Espera en el Perú, Resumen de las experiencias de adecuación cultural en microrredes priorizadas de Huancavelica, Puno, Bagua, Huánuco, Apurímac, Cusco y Ayacucho*. Documento de trabajo de la Dirección General de Promoción de la Salud del Ministerio de Salud, Obst. Gina Rojo. Lima, 2004.

Ministerio de Salud. *La muerte Materna en zonas rurales del Perú, estudio de casos*. Proyecto 2000- Ministerio de Salud. Lima, 1999.

Ministerio de Salud. *Lineamientos de Política de Promoción de la Salud*. Consejo Nacional de Salud, Comité Nacional de Promoción de la Salud. Lima - Perú, 2005.

Ministerio de Salud. *Lineamientos Normativos para el funcionamiento de la Casa de Espera*. Dirección Regional de Salud Cusco, 2005

Ministerio de Salud. *Modelo Teórico de Abordaje de Promoción de la Salud*. Dirección General de Promoción de la Salud. Lima - Perú, 2004.

Ministerio de Salud. *Paquete Instrumental en Adecuación Cultural del Parto*. PSNB. Lima, 2000

Ministerio de Salud. *Programa de Familia y Vivienda Saludable*. Dirección General de Promoción de la Salud, Lima-Perú 2005.

Ministerio de Salud. *Programa de Municipios y Comunidades Saludables*. Dirección General de Promoción de la Salud, Lima-Perú 2005.

Ministerio de Salud. *Sistematización de la Estrategia Integral en Salud Materno Infantil en la Provincia de Paruro*. Dirección Regional Cusco, UBASS Paruro. 2000.

WATANABE, Teresa: *Estudio "Tendencias, Niveles y Estructura de la Mortalidad Materna en el Perú 1992-2000"*. Lima, Perú -2000